الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

العناية بالعقل والنفس



تأليف: الدكتورة ديانا هيلز
والدكتور روبرت هيلز

تعريب، اقتباس وتقديم
الدكتور عبد العليّ الجسماني

العناية
بالعقل والنفس

بسم الله الرحمن الرحيم

العناية بالعقل والنفس

تأليف: الدكتورة ديانا هيلز
والدكتور روبرت هيلز

تعريب واقتباس وتقديم
الدكتور عبد العليّ الجسماني

الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

الطبعة الأولى
1419 هـ - 1999م

ISBN 2-84409-870-3

الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers

عين التينة، شارع ساقية الجنزير - بناية الريم
هاتف وفاكس: 785107 - 786233 - 860138 (1-961)
فاكس: 786230 (1-961) ص.ب. 5574-13 بيروت - لبنان
بريد الكتروني: Email: asp@asp.com.lb
العنوان على شبكة الانترنت: http://www.asp.com.lb

المحتويات

الفصل الرابع

المخدرات ومخاطرها النفسية

الفصل الخامس

اضطرابات الضغوط النفسية وسوء التوافق

الفصل السادس

اضطرابات الإنتباه لدى الكبار

الفصل السابع

وللنوم اضطراباته

الفصل الثامن

اضطرابات نفسية مصدرها دوافع مرضية

الفصل التاسع

اضطرابات تفكك الذات

الفصل العاشر

أمراض نفسية تنشأ عنها اضطرابات جسمية

الفصل الحادي عشر

الاضطرابات المعرفية

الفصل الثاني عشر

السلوك الإنتحاري

الفصل الثالث عشر

السلوك العدواني ودوافع العنف

الفصل الرابع عشر

الصحة العقلية ومشكلات الشيخوخة

الفصل الخامس عشر

أين الخطأ في حياة طفلي النفسية

الفصل السادس عشر

العلاج النفسي الكلامي

الفصل السابع عشر

عندما يمرض نفسياً شخص تحبه

الفصل الثامن عشر

السلوك استراتيجيات علاجية من أجل خير صحة نفسية

تقديم بقلم المترجم

كان الكسيس كاريل قد كتب يقول:

(إن إكتشاف أسباب الأمراض العقلية أهم بكثير من إكتشاف طبيعتها. إذ ان مثل هذه تستطيع أن تقودنا إلى طريق منع هذه الأمراض. فمن الجائز أن ضعف العقل والجنون هما الثمن الذي ندفعه للمدينة الصناعية وللتغيرات التي طرأت على وسائلنا في الحياة. وعلى كل حال، إن هذه المؤثرات تكون غالباً جزءاً من الإرث الذي يتلقاه كل فرد عن والديه، وهي تظهر نفسها بين الأشخاص الذين يكون جهازهم العصبي غير متزن فعلاً. فالمجانين وضعاف العقول يظهرون فجأة في الأسر التي ولد بها أشخاص منحرفو المزاج، غريبو الأطوار، شديدو الحساسية. ومع ذلك، فإنهم، أي المجانين وضعاف العقول، يظهرون في سلالات أسر، كانت حتى ذلك الوقت خالية من الإضطرابات العقلية. ومن ثم فإنه من المؤكد أن هناك أسباباً أخرى للجنون غير العوامل الوراثية. فيجب علينا إذن أن نستوثق من كيفية تأثير الحياة العصرية على العقل).

حقاً إن لوطأة الحياة في حاضرنا الراهن أثراً رازحاً. بيد أن أوصاب الحياة هذه كثيراً ما ترافقها متاعب وراثية. وأصبح الفصل بين فكي الكماشة المرضية التي تطبق على الإنسان، أمراً بالغ الجهد الجهيد.

ففي مسرى الحياة، وجد أن واحداً من كل ثلاثة أشخاص يتعرض إلى نوع من أنواع الاضطرابات العقلية والنفسية.

وقد وجد أيضاً أن المشكلات العقلية والنفسية تمس حياة الأشخاص أكثر مما تلامسها الأمراض الأخرى كأمراض القلب مثلاً أو مرض السرطان.

لكن الأمل سمة من سمات الإنسان. لذلك فإن العلاج الناجع يستطيع أن يعيد للفرد المريض عافيته إذا تمت الأهبة له في وقتها الملائم.

في مقدمتي التوضيحية لكتاب: علاجك النفسي بين يديك، كتبت أقول:

(. . . إن النفس الإنسانية لتتأزم كلما تأزمت الحياة، وتعقدت مناحيها وتشعبت منادحها وتشابكت معالمها.

إن وحدة المعرفة بوصفها منحى تكاملياً يصدق على معالم النفس البشرية ويستنجز ذلك إما بالإدراك الحسي الظاهر، وإما بالإدراك الحسي الباطن، أو بالإدراك العقلي. وكلما تمادت متطلبات الحياة في إلحافها على الذات ازدادت الذات هذه إرهاقاً، فأصبح الإرهاق اليوم سمة مسايرة بما تمليه عليه من ضغوط. وكلما أُرهقت النفس ارتفعت عتبة حساسيتها، كما نقول في علم النفس).

النفس الإنسانية كانت، وما زالت، وستبقى مجالاً رحباً وميداناً فسيحاً يستوعب الدراسات النفسية والعقلية التي ما فتئت موضع نقاش فعّال في سبيل التوصل إلى ما يأزمها.

يترتب على المرض النفسي والعقلي عند الإنسان سلوك يشذ عن مألوف المعايير التي يرتضيها سائر أفراد المجتمع الواحد.

احتدم الجدل من قبل وما برح قائماً بشأن كيفية إتّباع السبل في معالجة نفس الإنسان:

- هل تعالج بأساليب موضوعية وبمعادلات حسابية كما هو متبع في بعض الأمراض العضوية مثلاً؟
- هل النفس شيء غيبي غير ملموس يحتاج في العلاج طرقاً تبصرية؟
- هل الأمراض العقلية والنفسية تعزى إلى خلل وراثي وضعف متأصل في الجهاز العصبي؟

- هل هي أمراض راجعة إلى تغيرات فسيولوجية وكيميائية متجذرة في مراكز المخ؟
- هل الأمراض النفسية والعقلية ناجمة عن صدمات متراكمة صاحبت أيام الطفولة الرهيفة؟
- هل الأمراض النفسية والعقلية تتأتى نتيجة لعدم التكيف بين قدرات الفرد وتطلعاته وطموحاته؟

لا اختلاف على أن العوامل المذكورة في الأسئلة المثارة هنا، بل وتضاف إليها عوامل أخرى جمة، كلها تتضافر فتلقي بظلالها الكامدة على شعاب النفس فتصيبها بمختلف الآفات المرضية.

ولا شك أنّ للأمراض النفسية والعقلية علاقة بتفاعل الفرد بالعالم المحيط به، وبإحساسه بذاته التي يحسها تائهة أحياناً، حائرة في أكثر الأحايين. ومكان صراعات الإنسان ما أوسعه.

قد يتعجب بعض الناس، بل حتى المرضى أنفسهم، عندما يذكر أمامهم موضوع علاج بعض الأمراض النفسية والعقلية بالعقاقير الكيميائية. ومصدر تعجبهم هذا يتأتى من ظنهم أن النفس شيء غير مرئي وغير ملموس فلا يمكن معالجته بالأدوية كما يعالج البدن.

ولكن ما يجب إدراكه هو أن النفس إنما هي من بعض جوانبها تمثل الوظائف العليا للجهاز العصبي، وبالتالي فما هي إلاّ مجموعة من الوظائف التي تشتمل على:

1 - الجوانب الوجدانية

2 - العواطف

3 - التفكير الكلي

4 - السلوك بأنواعه المختلفة

5 - الشخصية كلها وفي مجملها بوجه عام... إلخ

والسؤال الآن: أين مركز هذه الأركان كلها؟

يقع مركز هذه الوظائف في المخ الذي يعمل من خلال موجات كهربائية دقيقة، وتفاعلات كيميائية في غاية التعقيد. وأن أي اضطراب في التركيبات الكيميائية هذه يؤدي إلى خلل في الوظائف الخاصة به، وعلى هذا الخلل يترتب المرض النفسي والعقلي. غير أن هذا لا يعني أبداً إغفال أو إهمال الجوانب البيئية والاجتماعية. فهذه الجوانب حافلة بالفعاليات الإنسانية. وهذا من شأنه أن يولد تفاعلات طيبة أحياناً، وأن تنشأ عنه توترات حادة في أغلب الأحيان. ينتج عن ذلك صدمات نفسية تفضي بدورها إلى تغيرات فسيولوجية لها تأثيرها المؤكد على الجهاز العصبي. ينجم عن ذلك اختلال علاقات الفرد مع ذاته ومع مجتمعه ممثلاً بالبيئة ككل.

من ذلك على كله تنشأ الدائرة المفرغة أو الحلقة المفرغة، كما يقال. ومؤداها:

- هل يجب أولاً معالجة الإضطرابات الكيميائية لكي تستقيم وظائف الجهاز العصبي لتتكيف الشخصية المضطربة مع بيئتها المحيطة بها؟
- هل ينبغي أولاً أن نعالج الشخصية ليترتب على تقويمها إحداث التغييرات الكيميائية الصالحة السليمة؟
- هل تجدر معالجة الإثنين معاً في وقت واحد؟

والرأي السائد بين أطباء الطب النفسي والعقلي هو الأخذ بالجانب الأخير هذا. فقد اتضح أن الإحصائيات العالمية تشير إلى أن أكثر من ثلث المرضى المترددين على العيادات الطبية من مختلف الإختصاصات، يشكون من أعراض عضوية سببها الرئيسي عوامل نفسية. كما تشير تلك الإحصائيات إلى أن 20٪ من الناس الذين يولدون سيصابون في فترة ما أثناء حياتهم بمرض نفسي أو عقلي.

للإضطرابات النفسية والأمراض العقلية عموميتها ولها خصوصيتها، وهي في جميع الأحوال مصدر إزعاج لصاحبها لا يطاق. فهي أمراض صاحبت الإنسان منذ وجد على وجه هذا الكوكب. وأن الاهتمام بها والالتفات إليها قد مرّ بحقب لا تخلو أحياناً من تعسف بحق المرضى النفسانيين.

لكن المختصين بالطب النفسي صنفوا القرون الأربعة الأخيرة على النحو الآتي:

أسموا القرن السابع عشر بعصر النور.

ودعوا القرن الثامن عشر بعصر العقل.

ونعتوا القرن التاسع عشر بعصر التقدم.

ووصفوا القرن العشرين بعصر القلق.

تنامى تطور الإنسان في تطلعاته الذاتية وازداد وعيه بذاته، وقد صاحب ذلك إدراكه لما ينتابه من أمراض نفسية وعقلية. إدراكه هذا عمّق فلسفة الإنسان حول ذاته وقد تمظهر ذلك بزيادة وعيه حول أمراضه النفسية واضطراباته السلوكية.

فما هي أسباب وأوصاب الناس واضطراباتهم السلوكية؟ (أتراها حالاً واقعة وقدراً محتوماً أم أنها إلباس أيبله تشده أيدٍ تعاني الكسل وعقول ضرب عليها الخمول وأفئدة فتنتها اللذات الآنية... فأقعدتها عن لذة الاكتشاف ودفعتها عن الإستمتاع بحلاوة الأشياء إلى الاستغراق في حمأة الضلال؟)

لا مراء في أن حالات التمزق النفسي والقلق وشعور الفرد بالضياع، كل هذه وسواها، تمنع الإنسان من تحقيق درجة من التكيف تتواءم مع طاقاته وإمكانياته ومصادره. فالقلق مثلاً يدفع الفرد إلى مواجهة مشكلاته بصورة يطغى عليها التسرع والقسر والاستحواذ والنمطية، فيرعبه التفكير في عنصر المشكلة الضاغطة الآسرة. فتراه يندفع إلى تناول حلول مبسترة. وهو يفعل ذلك إما لعدم سيطرته على مقومات ذاته، وإما لكي يتخلص من وطأة العوامل الضاغطة عليه الآسرة الهاصرة.

يكون السلوك الشاذ مشكلة مروعة للمجتمعات المتقدمة في مضمار الحضارة منها والنامية. لأن الشذوذ هذا يؤلف عبئاً لا يستهان به على حياة الأفراد المرضى والمجتمعات التي ينتمون إليها.

وتتعدد تبعاً لذلك الأساليب العلاجية في مجرى الحياة الإنسانية. فمنها

مثلاً العمل الجماعي، والأثر المباشر لضروب العلاج، والاهتمام بالجسم، وتعديل الوعي، وسوى ذلك كثيراً.

دُعّمت الأساليب المذكورة آنفاً بدعائم العفوية والتعبير عن الذات، والانفعالية، والنموذج المثالي للتوافق الشخصي في عالم (الهنا والآن). وإنّ مهمة العلاج هي إيجاد احتمالات التلاؤم بين الفرد المريض وبيئته وعالمه الخارجي ومحيطه الموضوعي.

والهدف هو تمكين المريض من أن يغدو شديد الوعي بحقيقة ذاته، وبحقيقة وضعه النفسي والاجتماعي. والاعتبار الأول هو كيف يعود المريض فرداً سوياً.

يشمل علاج المريض مجموعة أساليب علاجية وعدة تعليمات يسلك الشخص المريض وفقها ما يمكّنه من التخلص مما هو فيه من محنة نفسية أو عقلية. فهي سبل وأساليب تعلمية تتخذ أشكالاً شتى من العلاج.

فالكلام في مجال الطب النفسي إما أن يتناول الطرق التي تتبع في العلاج مثل:

1 ـ العلاج التحليلي

2 ـ العلاج المعرفي

3 ـ العلاج السلوكي

4 ـ العلاج الإرشادي

5 ـ العلاج الإنساني ـ الاجتماعي

6 ـ العلاج بالعقاقير

7 ـ العلاج بالصدمة الكهربائية

8 ـ العلاج بالتنويم المغناطيسي... إلخ.

أو أن يتناول الكلام في هذه الحالة المراحل التي مرّ بها الطب النفسي، وهنا أيضاً يقسم إلى مراحل أبرزها:

1 ـ الإنسانية وكانت قد بدأها الطبيب الفرنسي فيليب بينيل في القرن الثامن عشر، وفي عهده تخلص المرضى من أغلال الأصفاد والقيود، عندما كان المرضى يقيدون بالسلاسل ويحتجزون وراء قضبان وأسوار خشية انتقال جنونهم، كما يزعم، إلى الأصحاء من الناس.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن علماء النفس المسلمين من أمثال ابن سينا، وعلي بن يعقوب، والكندي، والفارابي، وأمثالهم كثيرون، كانوا يمارسون مع المرضى النفسانيين أساليب تتصف بمنتهى الإنسانية، ويذكرها مؤرخو الفلسفة وعلم النفس الغربيون.

2 ـ المرحلة التحليلية وقد بدأت في القرن التاسع عشر، بدأها فرويد ومريدوه، وأشهرهم يونج وادلر. ثم انصرف هذان العالمان الأخيران عن فرويد، فأسس يونج مدرسة علم النفس التحليلي، وأسس ادلر مدرسة علم النفس الفردي.

وفي كل الأحوال تلتقي تلك المدارس الثلاث في تشريح النفس البشرية، والتنقيب عن العوامل السلوكية اللاشعورية المؤثرة في تصرفات الإنسان.

3 ـ مرحلة تفسير الأمراض النفسية والعقلية على أسس طبية علمية، ويؤرخ لها أنها بدأها الطبيب الألماني كريبلين. وفيها أخذ الاتجاه في علاج المرضى النفسانيين منحى باثولوجياً، ودراسة الأعراض التي تظهر على المريض، ودراسات تاريخ حياته، ومن ثم تقصّي أسباب المشكلات الصادمة في حياته، وعلى أساس من ذلك يتم التشخيص فالعلاج.

4 ـ المرحلة الرابعة وتسمى المرحلة الفسيوكيميائية، وقد بدأت مع بدايات القرن العشرين. خلال هذه المرحلة بدأ عهد جديد وذلك بتصنيع عقاقير مضادة لبعض الأمراض النفسية كالفصام والاكتئاب مثلاً.

وأخذ التوسع في هذه الحقبة بدراسة العلاقة بين ما يحدث من مرض نفسي وتغيرات فسيولوجية، كما يحدث في التغيرات التي تترتب على القلق، والرُحام (الهستيريا) والوسواس القهري، وعلامات الإدمان، وأثار تعاطي

المخدرات وغيرها من الأمور الضارة بالصحتين النفسية والبدنية.

المريض نفسياً شخص لا يستطيع التكيف مع ذاته، ولا يتمكن من التوافق مع بيئته الإجتماعية. وهذا المنحى يتخذ أشكالاً شتى.

ـ هل هو شخص يصبح أسير أوهام وهلوسات؟

ـ هل هو شخص تتشوه ادراكاته فلا يستطيع التمييز بين الواقع الذي يعيشه وبين الخيالات؟

ـ هل هو إنسان مختل التفكير، مضطرب الوجدان؟

ـ هل هو فرد يلتوي سلوكه فيعد خارجاً عن نطاق إرادته وبالتالي شاذاً سلوكياً عن التقاليد الإجتماعية؟

وغاية ما يرمي إليه الطب النفسي ويتوخاه الطبيب النفسي هو تمكين المريض نفسياً وعقلياً من العودة إلى حالته السوية ليكون شخصاً متآلفاً يألف ويؤلف، قادراً على التواصل مع الآخرين، قادراً على المحبة والعطاء، قادراً على الإسهام في البناء الاجتماعي حسب طاقاته، وقدراته، ومؤهلاته.

والكتاب الذي بين يدي القارىء الكريم، الآن، كتاب في الصحة النفسية والعقلية: كتاب في الطب النفسي يعد فريداً في بابه من حيث:

1 ـ الأسلوب الذي إتبعه مؤلفاه وهما ديانا هيلز: Dianne Hales، وروبرت إي. هيلز Robert E. Hales. وسيلحظ القارىء بنفسه فرادة الأسلوب المتبع في تأليف هذا الكتاب الممتع في طريقة تنويع الموضوع الواحد وفي طريقة التناول العلمي.

2 ـ الموضوعات التي تم تناولها بين دفتي الكتاب نفسه.

3 ـ كيفية البدء بكل موضوع وبطريقة مشوقة مادتها مستمدة من الظروف اليومية التي عايشها المؤلفان.

4 ـ عمق المعالجة الماتعة التي تستأثر باهتمام القارىء.

5 ـ ترصين الكلام أحياناً بأرقام ونسب مئوية ولكن دونما إكثار ممل. وإنما يؤتى بتلك الأرقام والنسب بحسب اقتضاء الضرورة ولإقناع القارىء كذلك.

6 ـ ذكر كيفية معالجة كل مرض تطرق إليه المؤلفان.

7 ـ اقترح المؤلفان في نهاية كل فصل كيف يمكن التصدي لتلك الحالات المرضية.

ثمة مزايا أخرى وخصائص سيتبينها قارىء هذا الكتاب بنفسه، فلا غرو أن يذكر الدكتور الين فرانسس Allen Frances، رئيس جمعية الطب النفسي الأميركية، أن يذكر في مقدمته المقتضبة لهذا الكتاب قوله:

(... يعد هذا الكتاب إسهاماً متميزاً في مجال الصحة العقلية والنفسية للمرضى الذين يعانون من هذا الداء، وأنه إسهام فريد لمن يريد الانتفاع به من الأسر والأفراد على حد سواء. ولعل أمثل طريقة تصدي للأمراض العقلية والنفسية هي أن يكون المرء ملماً بالتعرف على أسباب المرض وعلى وعي تام بمسبباته، وبالطرائق الملائمة للتشخيص، وبأساليب العلاج. وبصفتي طبيباً نفسياً، فقد توصلت إلى قناعة راسخة مفادها: أن التوعية بشأن مشكلات الإضطرابات العقلية هي أنجع وسيلة فعّالة للتخلص من هذه الأمراض.

(وهذا الكتاب بشموليته الواسعة، وبدقة أساليبه العلاجية التي انتهجها فيه مؤلفاه، ليعد مصدراً أساسياً لا يستغنى عنه، يمكن أن ينهل منه مَن أراد الاستمكان في ميدان الأمراض العقلية والنفسية.

(وللملايين من الناس الذين آفت حياتهم الأمراض النفسية وأصابتها بشكل أو بآخر، فإني أقدم هذا الكتاب ليغرف مما انطوى عليه معينه من معرفة فريدة من حيث العمق والمعالجات.

(وإني لأنصح وأوصي بقراءة هذا الكتاب الذي سيظل فريداً متفرداً في مجاله لأعوام كثيرة قادمة).

فالأمراض العقلية والنفسية بين بني البشر فاشية. فإلى متى يكذبها الإنسان عن نفسه. إذ إن أحكامها جارية على أصناف الخليقة، ومعظم أسرارها مجهولة عند البحث والحقيقة.

ولكن هل يتوقف الإنسان عن البحث وتحري الحقيقة؟ كلا، سيمضي مدفوعاً بدافع حب الاستطلاع الفطري منقباً عن بواعث أدوائه، أملاً في تثميد صعابه، وإزالة أوصابه.

وقد ترجمت هذا الكتاب الذي يعد أحدث مرجع وأجدّ مصدر في موضوعاته وفي توجهاته، وفي معالجاته، ترجمته وكل همّي خدمة العلم والإسهام بشيء في ميدان المعرفة النفسية والعقلية.

وتمام التوفيق من الله وحده.

ا. د. عبد العلي الجسماني
جامعة صنعاء ـ 1999.

الفصل الأول

فهم جديد للأمراض النفسية
وعهد جديد لعلاجها

- وضع الإنسان اليوم.
- العلاج النفسي الجديد.
- العلاج النفسي قديماً وحديثاً.
- المستقبل للوقاية من الأمراض النفسية.

وضع الإنسان اليوم

أصبح الإنسان في الوقت الراهن محاصراً بمتاعب لا حصر لها. فمن مخاوف وهمية، ومصاعب اقتصادية، وحالات اكتئابية، وأمراض شتى. والأمثلة على هذه الأنماط أضحت لا عدّ لها.

فهذه مثلاً امرأة كانت في يوم ما تزخر بالحيوية والنشاط. فإذا بها فجأة خاوية من كل أمل، تستيقظ قبل الفجر وتستسلم للبكاء وتبقى على حالها هذه حتى بزوغ الشمس.

وهذا فتى مراهق يبدأ يسمع أصواتاً تهزأ به وتسخر منه، كما يتوهم.

وهذه سيدة تمتهن المحاماة تذكر أن نفسها يكاد يتوقف كلما دخلت المصعد الكهربائي.

وهذه طالبة جامعية تهجم في كل ليلة على الطعام فتأكل بنهم وشراهة، لكنها تضطر بعد برهة من الوقت إلى إفراغ ما أكلته والميل إلى التقيؤ.

وهذا رجل أعمال، يأخذ التوتر بخناقه كل ليلة فلا يواتيه النوم إلاّ غراراً، ويبذّر مدّخراته في مشاريع لا يُرى من ورائها أفق وهو يُمنّي النفس ويزعم أنها ستدر عليه الملايين.

وهذا مدرّس، بعد تعرضه لنوبة قلبية فتّاكة، لازمته بعدها هلوسات طفقت تقضّ مضجعه، ومصدرها سابق الذكريات المفزعات خوفاً على نفسه من تجدد النوبات.

يلي هؤلاء، جَدٌّ مخرّف أخذ ينفجر بين آونة وأخرى بنوبات غاضبة عارمة فيشتم بلا تمييز كل من يكون حوله.

فهؤلاء الأشخاص قلما يقال عنهم أنهم أسوياء اعتياديون. فأكثر من فرد واحد من بين كل أربعة أفراد في بعض دول العالم، ومنها أمريكا، يعانون من مشكلات انفعالية وسلوكية حادة إلى حد أنها تؤثر فيهم تأثيراً مباشراً يتخذ الأشكال التالية:

1 ـ مشكلات تؤثر في قدراتهم مما يحول بينهم وبين استنجاز أعمالهم اليومية العادية.

2 ـ مشكلات تحول دون أدائهم مهماتهم الوظيفية.

3 ـ مشكلات تحول دون قيامهم بواجباتهم نحو أسرهم.

4 ـ مشكلات تصدهم عن التواصل مع الآخرين، مثلما كانوا يفعلون قبل تعرضهم إلى تلك المشكلات.

يبدو أن انتشار الأمراض النفسية أصبح الآن من الاتساع بحيث لم يعد محصناً منه كثيرون. وتشير الإحصاءات الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العقلية:

National Institute of Mental Health، إن(27) مليون من الكبار البالغين، و(7,5) مليون من الأطفال الناشين، قد شُخّصت لديهم حالات مرضية نفسية أو عقلية. واتضح أيضاً أن أكثر من أفراد الرقمين المذكورين مجتمعين، يعانون من أمراض مثل:

1 ـ السرطان.

2 ـ أمراض القلب.

3 ـ اضطرابات في الرئة.

وفي دراسات مسحية تمت عام 1994 وجد أن هناك أفراد يعانون من اضطرابات عقلية ونفسية أكثر مما كان متوقعاً. ونصف الذين شملتهم الدراسة المسحية تقريباً، ذكروا أنهم قد عانوا إبّان مجرى حياتهم شكلاً من أشكال الاضطرابات العقلية أو النفسية، وأن (30٪) منهم تقريباً قد ذكروا أنهم عانوا من أنواع تلك الاضطرابات خلال الاثني عشر شهراً السابقة لإجراء تلك الدراسة (1994). وطبقاً لبعض التقارير والدراسات، فإن عدد الناشئين الذين

يعانون من الاضطرابات النفسية أو العقلية قد ارتفع إلى (11 ـ 14) مليون ناشيء.

لكن المشكلة المحزنة هي أن معظم الذين تنتابهم تلك الاضطرابات يبقون حيارى، فلا يدرون لماذا قلّت كفاءاتهم، وانحدرت قدراتهم، فلم يعودوا قادرين على أداء مهماتهم الحياتية كما كانوا عليه من قبل. ولا يعرفون أيضاً لماذا غابت بشاشتهم، وانعدمت علاقاتهم الإنسانية. فيروحون يعللون النفس بأن حالاتهم تلك إنما مردها إلى الإرهاق في العمل والضغوط النفسية. وحتى عندما يبدأون يشكون بأن ثمة شيئاً خطيراً لديهم يجب التنبه إليه، نجد كثيرين منهم يكرهون الإفصاح عما بهم، بل أنهم لينكرونه حتى على أنفسهم مع إحساسهم الحاسم به، فلا يقرّون بوجود مشكلة قابعة في داخلهم. ودعوى هذا الرفض النفسي للإعتراف بوجود المرض النفسي لديهم، يعود إلى أنهم يطمئنون أنفسهم بأنفسهم بأن الحالة التي هم فيها ليست بأكثر خطورة من مرض السكر.

يجدر أن يكون معلوماً وبلا مواربة أن مجال الصحة العقلية mental health field قد حقق في العقدين الأخيرين نجاحاً هائلاً في ميادين التطور والعلاجات الجديدة، والأساليب المبتكرة، مما يسر وجود آمال عراض من أجل التصدي لمختلف الأمراض. فنحن الآن في عهد من العلم جديد، ولدينا أيضاً فهم جديد وأفضل للطريقة والكيفية التي يعمل فيها الدماغ، ونحن الآن نعرف لماذا يحصل المرض، وكيف يحدث. لدينا اليوم معرفة وافية بشأن تعقد المشكلات وأنواعها ومنشئها. ولدينا تتوفر دائماً إحصاءات دورية، منها مثلاً في الجدول التالي:

نوع الاضطراب	خلال سنة معينة ٪	خلال فترة محددة في الحياة ٪
اضطرابات من جراء القلق	٪17,2	٪24,9
اضطرابات اكتئابية	٪11,3	٪19,3
ادمان الكحول	٪9,7	٪23,5
ادمان العقاقير	٪3,6	٪11,9
اضطرابات عقلية مختلفة	٪29,5	٪48

العلاج النفسي الجديد

منذ ثلاثين سنة خلت كانت تعيش في مشيجان فتاة، تعودنا على أن نناديها باسم (ماري)، نشأت عند هذه البنت عادات غريبة. من ذلك مثلاً:

1 ـ قبل أن تأوي إلى فراشها ليلاً، تعمد إلى صف ما لديها من لعب، وملاعيب، وأحذية، وأدوات أخرى على شكل ترتيب محدد ونسق عسكري لا يتبدل.

2 ـ راحت تغسل يديها خلال النهار (10 ـ 12) مرة بدون داع يدعوها إلى ذلك العمل الرتيب.

3 ـ أخذت تعمد إلى حك يديها بأي شيء خشن إمعاناً منها في إزالة ما كانت تتوهمه من أوساخ تظنها عالقة بيديها، حتى راحت يداها تدميان نتيجة لذلك السلوك المستغرب.

أخذ وضع ماري في المدرسة يتراجع فأصبح أداؤها يتضاءل يوماً بعد آخر، علماً أنها كانت حادة الذكاء، بل يمكن القول إنها كانت موهوبة. فلأي شيء، إذن، كان يعزى تراجعها بعد أن كانت متقدمة في صفها؟

من بين الأسباب التي أدت إلى تقهقر مستواها، هو أنها كانت أثناء الدرس تشغل نفسها وتضيّع وقتها بتنقيط كل حرف وتعديل كل كلمة تكتبها وفق نسق عنه لا تحيد، مما كان يبدد الوقت بلا مبرر، ومما كان يستحوذ على انتباهها، فلا تدري أين هي من زميلاتها، ولا تعرف ما الذي كان يجري حولها من شرح للدرس وانقضاء للوقت. كان عملها الطقوسي هذا يستولي على تفكيرها في المدرسة وفي البيت على حد سواء، الأمر الذي أفقدها الوقت وأفقدها انتباهها.

أعمال ماري الطقوسية تلك أقلقت أبويها فجاءا بها إلى أقرب مركز طب نفسي جامعي، وقد نصح الأطباء فيه بضرورة إدخالها إلى المستشفى التابع للمركز، في القسم الخاص بالعلاج النفسي. ولم يسمح لها خلال وجودها في المستشفى بالاتصال بأسرتها. وأبقيت فترة خلال إقامتها في المستشفى

بدون علاج، وما كانت تعامل معاملة خاصة تختلف عن معاملة بقية أقرانها الراقدين هناك من الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال الذين كانوا يعانون من اضطرابات عقلية شديدة. وبعد أن أمضت في المستشفى عامين تحت المراقبة ثم التحليل والعلاج عادت إلى أسرتها معافاة. غير أنها واجهت عالماً غريباً. ذلك أن أبويها استأجرا لها غرفة في قسم داخلي خاص بالبنات في الجامعة. في القسم الداخلي هذا أمضت وقتها على مضض والسبب هو زميلاتها اللواتي كن يسخرن منها ويتهامسن عليها بأنها كانت (نزيلة مستشفى للمجاذيب والمجانين)!

بعد مضي سنوات قلائل تخرجت ماري وقد أنهت دراستها الجامعية بنجاح. لكن عاداتها الطقوسية التي أَلَمت بها أيام الطفولة عاودتها تارة أخرى. فأخذت عاداتها المعاودة هذه تحدّ من كفاءتها وتؤخر نشاطها وعملها، الأمر الذي أقضّ مضجعها، وأقلقها أشد القلق. حزمت ماري أمرها وقررت أن تذهب لاستشارة معالج نفساني، رغم خوفها الشديد من أن يقترح ادخالها المستشفى رغم إرادتها كما سبق أن حصل معها أيام كانت صغيرة السن بعد. وإدخالها المستشفى كان بالنسبة لها عزلها عن العالم الخارجي وحرمانها من كل ما هو محبب إلى نفسها.

بيد أن التجربة هذه المرة إختلفت تماماً. ففي الأيام التي دخلت ماري فيها المستشفى عندما كانت صغيرة، كان الطب النفسي إنذاك غير ما هو عليه الآن. طريقة التعامل وطريقة العلاج كانت تختلف عما هي عليه في وقتنا الحاضر هذا. إنها وإن شفيت بعض الشيء في حينه، لكن الخطأ في المعاملة وفي الأساليب التي كانت متبعة ترسبت في اللاشعور عندما، فأبقت على روح الخوف متأصلة في أعماق نفسها.

فالعلاج النفسي الجديد، وأساليبه المبتكرة جعلت من الطب النفسي اليوم طباً نفسياً جديداً وحديثاً. وقد حدث التطور هذا منذ عقدين من الزمن. ففي اضطراباتها المبكرة، لم تكن حالة ماري قد شُخّصت تشخيصاً دقيقاً كما تم تشخيصها حالياً. فمشكلتها الجديدة التي طفقت تعاني منها بعد تخرجها في

الجامعة، تتمثل في اضطرابات قهرية - وسواسية - حصرية - استحواذية obsessive compulsive disorder، وهذا النوع من الاضطراب النفسي يترتب عليه قلق يطمس قدرة الإنسان المصاب فيؤثر على كل نشاط يقوم به مهما كان بسيطاً. والعلة النفسية هذه تصيب ملايين الأفراد في بعض المجتمعات.

فعلى أي شيء تدل قصة ماري التي رويناها هنا؟ نستدل من قصة ماري المنقولة هنا على أن الطب النفسي اليوم قد قطع أشواطاً بعيدة فدخل بذلك عهداً جديداً ومثيراً جداً. فأصبحت العناية بالعقل والنفس في الطب النفسي علماً وفناً في آن. والفضل في هذا يعود إلى الجهود المتواصلة المضنية، وإلى مئات الدراسات الدقيقة التي أجريت في هذا المضمار. وبفضل أساليب العلاج النفسي المتقدم، والدراسات الخاصة باستعمال العلاجات الطبية النفسية، أو استخدام الأسلوبين معاً، خطا الطب النفسي إلى الأمام خطوات موفقة في سبيل التغلب على اضطرابات العقل.

وفي ضوء ما تم احرازه من بحوث أُجريت على نطاق واسع أُمْكن تشخيص وعلاج أمراض شتى منها مثلاً:

1 - الأمراض القهرية - الاستحواذية،

2 - حالات المخاوف بالذعر،

3 - المخاوف الاجتماعية Social Phobias.

ونظراً للتحقق من التشخيصات الدقيقة للاضطرابات الخطيرة، تم التوصل إلى معالجات دقيقة أيضاً بعد أن كانت في الماضي بين الشك واليقين.

وفي ضوء ما تم الإتفاق عليه بين المختصين بالطب النفسي، حول أي الطرق أنجع وحول ما يجب عمله وما لا يجب أن يكون، أمكن التغلب على مشكلات كل فرد، وبشأن حاجاته، ومواجهة كل حالة خاصة.

ثم إن أساليب العلاجات نفسها قد تغيرت الآن. فالعقاقير الطبية النفسية المصنعة حديثاً قد أسهمت في القضاء على كثير من الأمراض التي كان الناس يعانون منها في الماضي ولم يعرف لها علاج مناسب. من الأمراض التي

أمكن التصدي لها الآن بفضل هذه العقاقير المستحدثة:

1 ـ اضطرابات القلق.

2 ـ الإكتئاب.

3 ـ الخبل.

4 ـ الفصام (الشيزوفرينيا).

5 ـ مشكلات أخرى.

هذا فضلاً عن العلاجات اللفظية التي أثبتت أهميتها مع مختلف الأعمار، وبخاصة مع الأطفال الصغار، والشيوخ الكبار.

وبفضل الأساليب المتطورة الآن، وبفعل العقاقير الطبية المصنّعة بدقة، استطاع الطب النفسي الجديد أن يعالج كل الأمراض النفسية، بل وإن الذين تم شفاؤهم استمرت حالتهم السليمة من غير إنتكاسات.

فأصبحت الحال اليوم كما عبر عنها الدكتور الين فرانسس Allen Frances، رئيس قسم الطب النفسي في جامعة ديوك، إذ قال: «لقد أشرقت الشمس. ها أننا صرنا متبصرين ومتنورين بفضل ما أتيح لنا الآن من حقائق جديدة وتبصرات مستجدّة. والمهم في الأمر أنه أصبح بوسعنا مساعدة كل من يستنجد بنا وكل من ينشد العون والعلاج. قد يستلزم الوضع سلسلة من الإجراءات العلاجية، لكن بتضافر جهود المريض وتعاونه مع المعالج، وبتوفر علم المعالج ومهارته، يمكن تحقيق أفضل النتائج المرجوة من العلاج المطلوب).

العلاج النفسي قديماً وحديثاً

كان الإغريق القدامى يلقون بالأفراد المصابين بالإكتئاب من أعالي الصخور الشاهقة إلى البحر ليحدثوا في نفوسهم صدمة من شأنها، كما كانوا يظنون، أن تخلص المرضى من تعاستهم. وفي العصور الوسطى كان الكهنة

يقرأون للمرضى نفسياً تعاويذ حسبوها كفيلة بطرد الشيطان من ساحة نفوس أولئك المرضى، وبالتالي إنقاذهم من جنونهم. ومع الفجر الجديد للطب النفسي أصبح العلاج النفسي أكثر إنسانية، ولكن لم يكن بالضرورة أجدى نفعاً. في السنين الحديثة أضحى المختصين بالصحة العقلية أقدر على تقديم العلاج الجديد بصورته الأنفع. فصار العلاج النفسي اليوم أكثر فعالية وأقدر على التصدي للحالات المستعصية.

فالعلاج بالعقاقير النفسية، مثلاً، صار من مقوماته الآن أن يعيد التوازن إلى الدماغ وأن يصحح كيميائيته التي يصيبها الاختلال جراء المرضى، وهذا تطور حديث فضلاً عن خلوه من التأثيرات الجانبية التي كانت تحدثها العقاقير القديمة. فأصبحت العلاجات النفسية تستخدم أساليب تتجلى نتائجها في الشفاء خلال أسابيع، وأشهر على أقصى تقدير من الأساليب المتبعة الآن:

1 ـ الأساليب العلاجية المعرفية cognitive.

2 ـ الحوار الثنائي الشخصي Interpersonal.

3 ـ العلاج السلوكي behavioural.

4 ـ تقنيات فنية أخرى other techniques.

يضاف إلى ما تقدم تم استحداث شيء، ولعله الأكثر أهمية، ذلك هو العناية بالصحة العقلية. فقد أصدر كل من المجلس الاستشاري القومي للصحة العقلية: National Mental Health Advisory Council ورابطة الطب النفسي الأمريكية: American Psychiatric Association, تقريراً أكدا فيه على ما يأتي: إن العلاجات الخاصة بالأمراض العقلية الشديدة الحادة مثل الاكتئاب الرئيسي major depression، والمرض الثنائي bipolar illness، (الاكتئاب الهوسي)، والاضطرابات الخوافية panic disorder، والفصام (الشيزوفرينيا) Schizophrenia، وهي العلاجات المعتمدة على العناية بالصحة العقلية، أثبت فائدتها إلى حد بعيد، وأكدت جدواها إلى درجة قصوى، إذ تبين أنها أنفع من كثير من العلاجات المتبعة في التطبيب النفسي، وأنها أفضل حتى من بعض العمليات الجراحية التي تجرى للدماغ في بعض حالات الأمراض العقلية

الموروثة. فالعلاج المبني على العناية بالصحة العقلية أثبت نجاعته بحوالي (80 ـ 90٪) في وجه بعض الأمراض الاكتئابية.

(لقد أصبحت النتائج العلاجية رائعة الآن. إننا نستطيع الآن أن نقدم خدمة علاجية في مجالات الطب النفسي تفضل كثيراً مما يقدم في مجالات أخرى)، هذا ما ذكره الدكتور هربرت باردز H. Pardes، مدير مستشفى الأمراضِ العقلية التابع لرابطة الصحة النفسية القومية الأمريكية.

المستقبل للوقاية من الأمراض النفسية

ما حصل من تقدم هائل في ميادين الصحة النفسية وتقنيات علاجها قد أستتلت أمالاً عراضاً وهي ما برحت دائبة ولم تتوقف بعد. والسنوات القادمات ستأتي معها بتقدم جسيم في مجالات مهمة منها مثلاً:

1 ـ في ميادين سعة الآفاق العلمية والفكرية.

2 ـ في مجالات التبصر الجديد.

3 ـ في أساليب التطبيب.

4 ـ في مثابات العلاج النفسي بمختلف فروعه.

لكن أفضل الآمال تكمن في الوقاية prevention. والعلاج النفسي كله الآن معبّأ باتجاه هذه الغاية. وأن المختصين في الطب النفسي يكرسون جهودهم في الوقت الراهن في هذا الاتجاه. ومما توجه إليه العناية الآن هي الميادين التالية:

1 ـ مجالات تعليم تلاميذ المدارس حل مشكلات يحتمل أن تواجههم، وتعليمهم مهارات تهمهم لتخليصهم من اضطرابات سلوكية محتملة.

2 ـ مجالات تعليم أولئك الذين فقدوا أعمالهم، مهارات لإنقاذهم من مغبة سقوطهم ضحايا للاكتئاب.

3 ـ مجالات تعليم الشباب كيفية استقبال الحياة العائلية.

4 ـ مجالات تعليم الأطفال المتحدرين من أبوين مطلقين كيفية التكيف مع أجواء الأسرة المتغيرة.

5 ـ مجالات الإسراع إلى أماكن الكوارث للمساعدة في التخفيف من معاناة المنكوبين.

فقد وجد بالتجربة أن هذه الإجراءات وسواها هي إجراءات فعالة في ميادين الضغوط النفسية، وفي مواطن رفع المعنويات، وفي مجالات تحقيق الثقة بالذات، وفي ميادين تعليم المهارات الاجتماعية، وفي مواطن درء مخاطر المشكلات المحتملة.

الفصل الثاني

من أين يبدأ الخطأ؟

- أسباب الإضطراب النفسي تتجمّع
- مفهوم الصحة العقلية والمرض.
- من هم الذين يتعرضون للإضطرابات النفسية؟
- ما هي مشكلات الحياة اليومية الضاغطة؟
- التعجيل بطلب الاستشارة أمر ضروري.

أسباب الإضطراب النفسي تتجمع

ما تيسر من دراسات في مجال الطب النفسي مكّنتنا من القول بأن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية، ونفسية، وانفعالية، يمكن أن تلاحظ عليهم الأعراض التالية: كلها أو معظمها:

1 ـ الإحساس بالإكتئاب والحزن لمدة عدة أسابيع متتالية.

2 ـ الشعور بتناقص الطاقة والحيوية، وبالتعب دائماً.

3 ـ فقدان الإحساس بالبهجة والعزوف عن مباهج الحياة.

4 ـ المعاناة من الإضطرابات والأرق.

5 ـ التفكير أحياناً بالانتحار.

6 ـ فقدان الأمل في الحياة.

7 ـ الإحساس المتزايد بتقلبات المزاج.

8 ـ الشعور بالعصبية وعدم الاستقرار.

9 ـ الإحساس بأن الحياة تعاسة.

10 ـ الإحساس بالتشتت الفكري والإرتباك وفقدان السيطرة على التركيز والتفكير بصفاء.

11 ـ الإحساس المفاجىء بالفزع.

12 ـ الإحساس بالتشكيك بنوايا الآخرين نحوه وضده.

13 ـ الإحساس بالنفور من مجاراة الآخرين في البيت وفي العمل.

14 ـ الإسراف في الشراب المحرّم وإدمان العقاقير المحرّمة الممنوعة.

15 ـ الإنغماس في متاهات السلوك المدمّر للذات كتعاطي الميسر، أو الإغراق في إدمان المشروبات المحرّمة.

16 ـ الإحساس بصعوبة العودة إلى الحياة العادية كما كان عليه قبل حالته التي هو عليها الآن.

17 ـ الفتور الجنسي والمعاناة من مشاكله.

18 ـ تطور أعراض جسمية مرضية لديه مما يفاقهم حالاته النفسية.

19 ـ تصور إحساسات بصرية أو سمعية غريبة.

20 ـ تكوين أفكار جامدة والتمسك بها رغم كونها أنه لا أساس لها أصلاً.

21 ـ تكوين سلوك يتّسم بالعنف وتهديد الآخرين.

فعندما تتراكم أعراض من النوع الموصوف: سواء ظهرت كلها أو معظمها، فنستطيع التحقق عندئذ من أن الشخص في وضع نفسي غير سوي.

نعيش، نحن البشر، الآن أياماً عصيبة، وأوقاتاً رهيبة، وأزمات محدقة هاصرة، وخسارات تعتصر القلوب. كل هذه الخبرات المؤلمة لم تكن من قبل مألوفة. وإذا كانت موجودة فلم تكن بالحدة التي تضغطنا اليوم. وهذا الضغط النفسي الشاذ من شأنه أن يجعل الواحد منا يحس أحياناً بميل شديد لإطلاق العنان لدموعه، وأن تزايد الضغوط النفسية هذه تضطر الفرد لأن يفلت منه زمام السيطرة على نفسه فيندفع إلى الغضب المخل بكيان الإنسان. لهذا نرى أناساً ينساقون أحياناً إلى الإنغماس في حمأة المشروبات المحرمة والإنجراف إلى مهاوي العقاقير المستكرهة.

فيمكننا أن نسأل هنا: أين هو مكمن الخطأ؟ وهل مثل هذا الإحساس يعد أمراً طبيعياً؟ وهل هناك من يستطيع أن يمد يد العون لمن يواجهون تأزمات نفسية عاصرة؟

فعندما تخدّر ركبتك، مثلاً أو حينما تؤلمك معدتك، فإنك في هذه الحالة تعرف مصدر الخلل، لذلك فإنك تتحرى بسهولة ما تريد تخفيفه من آلام موضعية، وتعرف أين تذهب لمعالجة المشكلة. هذا بالنسبة للحالات العضوية. أما بالنسبة للعوامل النفسية، فإن الأمر يختلف تمام الإختلاف. لماذا؟

السبب في ذلك هو أن الأحاسيس، والمشاعر، والأفكار ـ هذه كلها

ليست منظورة، ولا هي بادية للعيان، ولا هي بالقابلة للمس، وليست بالمؤقتة، ويتعذر تصويرها بالأشعة السينية (X-ray)، فهي، بكلمة موجزة، عصية على التقييم. ولكن ينبغي التنبه إلى حقيقة هامة: تلك هي أن هذه الأحاسيس والمشاعر والأفكار، إذا ما أهملت، فإنها تثير لدى صاحبها إنفعالات مؤلمة وألاماً واخزة تضني النفس وتنسف كفاية (كفاءة) المرء فتتدنى قدراته وتنضب طاقته فلا يعود يقوى على إنجاز أعماله كما يجب.

وليكن معلوماً أيضاً، وتطميناً لمن قد يهلع بسرعة، يجدر القول هنا أن وجود الخطأ النفسي المحسوس لدى فرد ما، لا يعني أنه صار فاشلاً في الحياة، أو أنه أصبح (مجنوناً). فكما أن الجسم ينهار أحياناً تحت عبء أثقال الحياة اليومية، فكذلك العقل والنفس هما الآخران يكلان ويصيبهما الإنهاك. فما من أحد يستطيع أن يدّعي أنه محصّن ضد الأمراض النفسية. فالحقيقة هي كما عبر عنها أحد الأطباء النفسانيين: (إذا كان العقل يستطيع أن يعمل فيؤدي وظيفته، كذلك فإنه يكل ويعجز عن إنجاز مهمته). وعندما يحدث له ذلك، فمن الممكن إصلاحه في الغالب.

مفهوم الصحة العقلية والمرض

الصحة العقلية والنفسية لا تعني غياب الضيق distress أو انعدام الصراع داخل الذات، بل تعني التفكير بوضوح وبشكل عقلاني وعلى نحو منطقي؛ على أن يكون ذلك مصحوباً بما يلي:

1 ـ أن يتمكن المرء من مواجهة ما يلاقي من تغيرات تستجدّ في الحياة.

2 ـ أن يتمكن من مواجهة الضغوط stress.

3 ـ أن يقدر على التصدي للصدمات tramas.

4 ـ أن يتحمل وطأة الإخفاقات المحتملة.

5 ـ أن يستطيع تحمل كل ذلك للمحافظة على الاستقرار الانفعالي والاتزان الوجداني.

نتيجة للبحوث التي أجريت على نطاق واسع، اتضح أن الأشخاص الذين يتسمون بالصحة العقلية والنفسية تبدو في سلوكهم خصائص أهمها:

1 ـ يقيّمون أنفسهم بشكل متوازن.

2 ـ يدركون الواقع كما هو فلا يرونه مشوّهاً.

3 ـ يتقبلون بيئتهم الطبيعية والبشرية كما هي عليه وبرضى عام.

4 ـ ينظرون إلى تحديات الحياة نظرة واقعية.

5 ـ يتحملون المسؤوليات.

6 ـ يقيمون علاقات إنسانية حميمة.

7 ـ يعملون بما يتلاءم وقدراتهم العقلية وبما يناسب مؤهلاتهم التدريبية.

8 ـ يشعرون بقيمة ما أنجزوا وما ينجزون ويعدونه ثمرة جهودهم حسب قدراتهم، وأنه نتيجة تضافرهم مع الآخرين.

بيد أنه يجب ألاّ يغرب عن الذهن أن الحدود الفاصلة بين الصحة العقلية ـ النفسية، والمرض النفسي ليست واضحة المعالم تماماً. فثمة جملة أسئلة تخطر على البال، من ذلك مثلاً:

- من أين تبدأ غرابة الأطوار والحالة اللاسوية؟
- متى تتحول حالة الحزن إلى اكتئاب فتتعمق؟
- متى تتأزم حالات الضغوط النفسية فتنتهي إلى قلق حاد؟
- كيف يتحول التفكير غير المنطقي فيصير خيالاً بعيداً عن الواقع؟
- أين هو الحد الفاصل بين بعض صروف الحياة، وبين حقيقة المشكلات الحادة التي تستدعي تفكيراً سليماً؟

ليست هناك إجابات محددة واضحة المعالم. ذلك أن الواقع هو كما عبرت عنه لوريا فلاين: (فكرتنا عن المرض النفسي لا تزال غير واضحة الملامح تماماً. ففي كل يوم يمر بنا يواجه كل منا مشكلات حياتية من نوع تخص الفرد الذي يواجهها: سواء أكانت المشكلة تلك من ضروب مشكلات الحياة الحديثة بضغوطها المتتابعة أم من نوع مشكلات كيفية التفاعل مع

الآخرين الذين أضحى التعامل معهم يتطلب فناً خاصاً وصبراً جميلاً. بيد أن هذه ليست أمراضاً نفسية. فهي لا تعجز الإنسان السوي. فهي لا تحول بين المرء وعمله. وهي لا تحتاج إلى تطبيب. فهناك فرق بين شخص لديه ضغط نفسي وآخر يعاني من الفُصام (الشيزوفرينيا): كلاهما يحتاج إلى المساعدة، غير أن الفرق الكبير بينهما هو أن الأول يعاني من مشكلات يومية، والثاني يقاسي مرضاً خطيراً يستوجب علاجاً).

ذلك هو رأي الدكتورة لوريا فلان المدير التنفيذي للرابطة القومية الخاصة بمرضى العقول في أمريكا. وهو رأي صادر عن مختصة، وهو رأي يعتد به.

ويجدر التنويه هنا بأن الناس غير المختصين بعلم النفس وبالطب النفسي، ربما يتحدثون عما يسمونه (انهيار عصبي nervous breakdown، أو ما يطلقون عليه اسم (الجنون) insanity. فليكن معلوماً أن هذه ليست بالمصطلحات العلمية، ولا هي بالمحددة تحديداً دقيقاً، وليس تسميتها بما هي عليه بالتعريف العلمي الدقيق لها. ذلك لأن المختصين بالطب النفسي يفضلون تسميتها (اضطرابات نفسية) mental disorders. وهي تعرّف في الغالب بأنها: (أعراض أو أنماط نفسية ـ سلوكية محددة تحديداً اكلينيكياً دقيقاً تظهر على شخصية الفرد وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالضغوط التي يتعرض لها في حياته الحاضرة مثل الوفاة الصادمة، والألم المبرح، والعجز أمام ظروف الحياة، ومواجهة العقبات المستعصية).

من هم الذين يتعرضون للاضطرابات النفسية؟

غالباً ما يشعر الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية ومشكلات انفعالية، بأنهم وحيدون، فيحسبون أن ما من أحد هناك يمر بمثل حالتهم، وأن ليس هناك من يفهم معاناتهم. يجب أن يفهم هؤلاء الأشخاص الظانون بغيرهم ظناً يخالف الحقيقة، أن الاضطرابات النفسية شيء شائع وواسعة الإنتشار. فالدراسات المسحيّة التي أجريت لتقصي حقائق الأمراض النفسية

أظهرت أن (48٪) من الناس يعانون من اضطرابات نفسية معينة، وأن (30٪) تقريباً يقاسون في الأقل من نوع واحد من تلك الاضطرابات. وهذه الإحصاءات كانت قد تمت عام 1994.

وتلك الحقائق تم الحصول عليها من مقابلة (8098) رجل وامرأة تتراوح أعمارهم بين (15 ـ 54) سنة. وقد تبين أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً هي المبينة في الجدول التالي:

نوع الاضطراب النفسي	في سنة معينة ٪	في وقت ما خلال الحياة ٪
اكتئاب حاد	٪10,3	٪17,1
إدمان الكحوليات	٪9,7	٪23,5
مخاوف مرضية معينة	٪8,8	٪11,3
مخاوف اجتماعية	٪7,9	٪13,3
تعاطي عقاقير محرمة	٪3,6	٪11,9
يأس وقنوط	٪2,5	٪6,4

ما هي مشكلات الحياة اليومية الضاغطة؟

ليس منا، نحن البشر، من تخلو حياته من مشكلات. ولا يجب أن تخلو الحياة نفسها من مشكلات. فذلك أمر متعذر. وكان كارل يونج C. Jung، قد قال من قبل: (كل مشكلة تستجلب معها إمكانية توسيع آفاق الشعور). وعبر عن ذلك أيضاً سكوت بيك Scott Peck: (مشكلات الحياة تمثل الحافة الحادة التي تميز بين النجاح والفشل. وأن مشكلات الحياة تكشف عما لدينا من شجاعة وحكمة. لذلك فإننا في ظل المشكلات ننمو عقلياً ونتطور روحياً).

فالمشكلات تتفاعل في الحياة وتمنحها معنى على عرض ساحتها ومساحتها. لكن بعض المشكلات تكون أثقل على الإنسان مما يمكنه النهوض بها لأنها تؤوده أكثر مما يطيق، كالإكتئاب، والقلق القاتل، وبعض الأمراض

النفسية الأخرى. ومن الأمثلة الأخرى:

- المشاعر المزعجة troubling feelings.
- الضغوط النفسية الحادة severe stress.
- مشكلات تخص العمل work-related problems.
- أزمات الحياة life crises.
- مشكلات ناجمة عن الزواج marital problems.
- مشكلات أسرية family problems.
- الحزن على فقد عزيز على النفس grief.

التعجيـل بطلب الاستشارة أمـر ضروري

اتضح من الدراسات المسحية التي تمت أن (28٪) فقط من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية يذهبون بقصد الاستشارة ليطلعوا الطبيب النفساني على وضعهم الصحي أو يفصحون بذلك لسواه. وماذا بعد؟

تبين الآن أن:

43٪ من النسبة المئوية آنفاً، من الأفراد يذهبون إلى الأطباء المختصين بالأمراض الجسمية.

40٪ من تلك النسبة أيضاً، يستشيرون مختصين بالطب النفسي.

20٪ من تلك النسبة يستشيرون رجال دين، أو أناساً مختصين بالإرشاد.

18٪ من تلك النسبة يتولون أمورهم بأنفسهم كأن ينضمون إلى جماعات يساعد أفرادها بعضهم بعضاً.

ولكن كيف تعرف أنك بحاجة إلى مساعدة؟ الأمر يتوقف على شدة المشكلة وحدتها. فإذا كانت الصعوبة تنذر بالضيق في أي مجال من المجالات الآتية:

1 ـ العمل،

2 ـ العلاقات الإنسانية،

3 ـ أي مجال من مجالات الحياة، . . . إلخ.

فيحسن بك أن تسارع إلى طلب العون والاستشارة قبل تفاقم المشكلة. وعلى المرء أن يعلم أن ما يميز المرض النفسي عن المشكلة هي حدة الخطورة، لذلك فلا ينبغي له التواني. وكلما سارعت لطلب الاستشارة بشكل أكبر، كان احتمال زوال المشكلة أفضل وأكبر.

وإذا كان لديك شك فيما إذا كنت بحاجة إلى استشارة الطبيب النفسي، فاطرح على نفسك الأسئلة الآتية:

- هل انفعالاتك آخذة في الازدياد والسوء بحيث أصبحت تعرقل عملك وتفسد عليك علاقاتك بالناس؟
- هل أصبحت أقل سروراً وأقل راحة نفسية، وأقل ثقة بالنفس، وأقل سيطرة على التحكم بنفسك، فتبين لك ذلك في الآونة الأخيرة؟
- هل وصلت حداً أصبحت متضايقاً من نفسك بحيث أخذت تفكر في كيفية التخلص مما أنت فيه من ضيق؟
- هل لديك أصدقاء مقربون، أو أسرة فأفضيت إليهم بتغيرات سلوكك أو لاحظوها هم عليك؟
- هل أخفقت جهودك الخاصة في مواجهة الموقف؟
- هل تعاملك مع مشكلات الحياة اليومية أقرب إلى الكفاح منها إلى الحالة الرخية؟
- هل تصرف تركز انتباهك على ما تظنه نقصاً وخللاً فيك أكثر مما تركزه على الظروف المحيطة بك؟
- هل تشعر أنك عاجز انفعالياً عن تغيير سلوكك وعن إحداث تغييرات في ظروف حياتك؟

وأن المفتاح الذي يمكن أن نضعه أمامك الآن، هو: يجب ألاّ نسأل

نفسك أسئلة كهذه:

ـ (هل أنا مريض نفسياً؟)،

ـ (هل أعاني من مشكلات خطيرة؟).

بل عليك أن تسأل نفسك السؤال التالي:

ـ (هل أستطيع أن أنشد عوناً واطلب استشارة على الفور والآن؟).

إذا لمست في نفسك أن الجواب: (نعم)، فما عليك إلاّ أن تبادر على التو. لماذا؟

ذلك لأن العلاج سيكون أداة نافعة وسيكون مصدراً مجدياً لأنك التمسته في وقته المناسب.

فمن هم الذين باستطاعتك أن تستنجد بهم لعلاجك ولشرح حالتك لهم؟

المؤهلون لتقديم العون والاستشارة والعلاج لك هم:

1 ـ الأطباء النفسانيون.

2 ـ المختصون بعلم النفس.

3 ـ العاملون في المجالات الاجتماعية والمجازون رسمياً.

4 ـ الممرضات المدربات في ميدان الطب النفسي.

5 ـ المختصون بإرشاد الأسر وبعلاجها.

فباختيارك الشخص الملائم أو الجهة المناسبة لعلاجك، يمكنك عندئذ أن تحس أن هناك من تطمئن إلى خبرته في مساعدتك على تخطي مشكلتك. وليس أمامك إلا أن تصارح معالجك بمشكلتك وبكل ما لديك من معلومات، فلا تخف منها شيئاً، لأن ذلك في صالحك، واعلم أنك أمام مختص مؤتمن على أسرارك الخاصة، إذا كانت أسرارك هذه من دواعي مرضك.

الفصل الثالث

القلق وما يترتب عليه من اضطرابات نفسية

- ما هي أعراض القلق؟
- ما هي أعراض النوبات القلقية الهلعية؟
- التعجيل بالعلاج ضروري.
- ما هي أهم أساليب العلاج؟
- ما هو الرهاب الاجتماعي؟
- علاج الرهاب الاجتماعي.

ما هي أعراض القلق؟

الأفراد الذين ينشب القلق فيهم أظفاره يمكن أن يلاحظوا في أنفسهم أكثر العلائم الآتية، كما يمكن أن تلاحظ عليهم أنهم:

- يحسون بحالات من الخوف الغامر الذي يستحوذ على حياتهم كلها، يكون مصحوباً بسرعة في ضربات القلب، آلام في الصدر، تعرّق شديد، رجفان عام، ارتعاش شديد، وأعراض أخرى مزعجة.
- يلازمهم خوف من فقدان السيطرة على تصرفاتهم، كما يستولي عليهم خوف من السقوط في حمأة الجنون، ويلازمهم خوف هائل خشية الموت.
- تطغى عليهم هواجس من تنامي أعراض تحرجهم في حياتهم العادية، ويستحوذ عليهم خوف شديد يعزى إلى خشيتهم من أن يكونوا تحت طائلة مواقف لا يعرفون كيف يتخلصون منها.
- تهجم عليهم أوهام تمنعهم من المرور ببعض الأماكن، أو الذهاب إليها، بدون مبرر لأوهامهم هذه.
- خوفهم الحاد من مواجهة بعض المواقف تطيّراً منها.
- هلعهم من أن يراقبهم الآخرون، وأخشى ما يخشون التعرض للنقد.
- قلقهم الحاد من وجودهم في الأماكن الاجتماعية المزدحمة.
- تهربهم من القيام بأي عمل أمام أنظار الآخرين.
- تلازمهم أحاسيس مزعجة بالقلق الذي يضايقهم بشدة، ولا يدرون أسبابه، كما يلازمهم كظلهم التوجس بلا سبب وعدم الاستقرار.
- شعورهم بالقلق حول أشياء من صنع خيالهم.
- شعورهم بصعوبة طرد القلق من ساحة مخيلتهم.

- يواجهون مشكلة في التركيز خلال العمل.
- إحساسهم بأعراض جسمية كالتشنج العضلي.
- تلازمهم مشكلات واضطرابات تتعلق بالنوم.

كل إنسان معرض للقلق. والقلق إما أن يكون طبيعياً فيكون حافزاً للعمل، وينتهي بانتهاء الموقف الذي يستثيره؛ وإما أن يكون قلقاً غير عادي يصاحب المصابين به في نومهم وفي يقظتهم.

فالأشخاص الموصوفة حالاتهم آنفاً يكون القلق بالنسبة لهم:

1 ـ حاداً.

2 ـ مزعجاً.

3 ـ يكف قدراتهم عن العمل.

وفي هذه الحالات يوصف وضعهم بأنهم يعانون من اضطرابات قلق نفسية. فهم يكابدون من حالات شائعة تبلغ حد المرض النفسي، ومن أسوأ الحالات:

1 ـ إحساس بالهلع والتطير من لا شيء حقيقي.

2 ـ مخاوف لا أساس لها.

3 ـ خُواف اجتماعي Social Phobia. فهم يخافون من التواصل مع أي شخص اجتماعي.

4 ـ ضيق مصاحب مزمن من غير مبرر لذلك.

وطبقاً للإحصاءات التي أجريت حول تفشي ظاهرة القلق تبين أن (25٪) من الرجال والنساء يعانون اضطرابات قلق نفسية. وتتفاوت أنواع هذا القلق فمنه: الحاد، ومنه ما يكون على شكل مخاوف من نوع ما، ومنه ما يكون قلقاً مزمناً.

وقد وجد نتيجة للدراسات المتحرزة التي تمت بشأن القلق، أن نصف الأشخاص الذين يراجعون المختصين بالطب النفسي، يعاني من ضرب محدد

من ضروب القلق. وهذا يبرهن أن التعرض لأنواع القلق آخذ في الإزدياد. ويصدق على هذا الرأي قول جيرلين روس Jerilyn Ross عضو الرابطة الأميركية لاضطرابات القلق: Head of The Anxiety Disorders Association of America: (لقد عرفنا عن اضطرابات القلق وما يترتب عليه من أمراض نفسية خلال الأعوام العشرة الماضية أكثر مما كنا نعرفه عنه خلال المائة سنة الحالية).

من بين الاكتشافات الحديثة في موضوع الاضطرابات النفسية الخاصة بالقلق والناجمة عنه، هو ما توصلت إليه الدراسات من علاقة وثيقة بين القلق وبين المقومات البيولوجية ذات الصلة الجينية. إذ تبين لنا أن هناك خللاً معيناً يطرأ على كيمياء الدماغ عندما يتعرض إلى القلق باستمرار. فالضغوط النفسية والصراع الفكري مثلاً يمكن أن يجعلا اضطرابات القلق أسوأ، لكنهما لا يتسببان فيه. أما التغيرات البيو ـ كيميائية فإنها تسبب القلق وتزيده سوءاً. وهناك ثلاثة عوامل تثير القلق وتعقّد من وضعه وهذه العوامل هي:

1 ـ عوامل بيولوجية biological Factors

2 ـ عوامل سيكولوجية psychological factors

3 ـ عوامل سلوكية behavioural factors

وليكن معلوماً أن المخاوف الرهابية phobias هي من أكثر اضطرابات القلق انتشاراً بين أفراد المجتمع، وتأتي نتيجة لهذه الاضطرابات؛ واتضح أن حالات الهلع هي الأخرى الأكثر شيوعاً لدى أولئك الذين يراجعون المختصين والعيادات النفسية والمؤسسات الخاصة بالعلاج النفسي. من الاضطرابات الأخرى المترتبة على القلق، هي الاضطرابات الاستحواذية ـ الحصرية القهرية obsessive-compulsive disorder.

أصبحت المعرفة بشأن القلق وما يترتب عليه من اضطرابات وافية إلى حد بعيد. ولكن ما الذي ترتب على المعرفة المتكاملة هذه؟

ترتب على ذلك إستبصارات insights واضحة أفضت إلى أساليب في

العلاج فعّالة. من ذلك مثلاً أن طرائق علاج المخاوف المرضية، وعلاجات المشكلات المعرفية ـ السلوكية، أضحت هذه كلها علاجات أيسر مما كانت عليه في الحقب الخوالي. كما تساوقت مع تقدم المعرفة بكيفية علاج اضطرابات القلق، استراتيجيات جديدة تساعد الناس على إتباع طرق ذاتية تخفف عليهم كثيراً من معاناة الاضطرابات المتأتية عن القلق، من هذه الطرق مثلاً:

1 ـ تجنب تعاطي الكافايين.

2 ـ إجراء بعض التمارين الخاصة.

3 ـ الاستشارة عن كيفية السيطرة على التنفس بشكل منتظم.

حالة واحدة فقط من بين كل أربع حالات قلقية، تم تشخيصها بصورة صحيحة وتمت معالجتها؛ ولكن كثيراً من الذين يقاسون اضطرابات نفسية ناجمة عن القلق لم يلتمسوا الاستشارات المطلوبة بغية معالجة وضعهم النفسي الذين يجدون أنفسهم فيه.

قصارى القول، يجدر أن نعلم أن القلق عندما يتحول إلى حالات مزمنة تترتب عليه اضطرابات نفسية شتى منها مثلاً:

1 ـ اضطرابات تتعلق بالفزع والهلع. مثل هذه الاضطرابات تفقد المصابين بها توازنهم وتنسيهم أنفسهم، وهذا ما يعبر عنهم بتفكك الشخصية depersonalization.

2 ـ يترتب على اضطرابات القلق أيضاً ما يسمى في التحليل النفسي تشويه إدراك الواقع derealization.

3 ـ ينشأ عن النوعين السابقين من القلق نوع آخر من الاضطرابات النفسية يطلق عليه اصطلاح القلق الاستباقي anticipatory anxiety، وهذا الضرب من القلق يستحوذ على الفرد فيكاد يحبس أنفاسه، ذلك لأن المريض به يعيش بين نوبتين من القلق: أي يخرج من نوبة ويبقى حابساً أنفاسه خائفاً توقعاً لنوبة لاحقة. فهو، إذن، في دوامة عارمة من النوبات النفسية الناجمة عن القلق.

ما هي أعراض النوبات القلقية الهلعية؟

الهلع المترتب على القلق المرضي يُعَرَّف عادة بأنه فزع حاد، وخوف شديد، وضيق يكرب النفس، يأخذ بخناق الفرد، يتمثل في الأعراض التالية:

- تسارع في النبض، ضربات في القلب، وشدة خفقان فيه.
- تصبب العرق من الوجه، وتعرق اليدين، وحتى القدمين.
- رجفان في الجسم، واختلالات أخرى.
- إحساس بضيق في التنفس.
- إحساس بالاختناق.
- آلام في الصدر.
- إحساس بالدوار، وعدم التوازن، شعور بالإغمار.
- غثيان، واضطرابات في الجهاز الهضمي.
- الإحساس بالإبتعاد عن الواقع، والشعور بالإغتراب.
- الإحساس بالخوف من الجنون.
- الخوف من الموت.
- الإحساس بالخدر، والشعور بآلام من الوخز كوخز الأبر.
- نوبات من القشعريرة، وأحياناً برشقات من الحرارة المفاجئة.

يجدر بنا أن نشير هنا إلى أن معظم الناس يحسون بأن حالات الهلع التي تنتابهم تبدأ بخوف شديد يستولي عليهم. فيشعرون، وبدون سابق إنذار، أن قلوبهم تأخذ بالاهتزاز الشديد. ويحسون بتشنج في حناجرهم، وبانتفاض في أيديهم، وبتقطع غير طبيعي في التنفس.

لهذا، فإن الاضطرابات الناشئة عن الهلع والفزع، تمر بعدة مراحل، فتزداد سوءاً مع مرور الزمن. فهي:

أولاً: تهجّم على الفرد بصورة غير متوقعة.

ثانياً: تهاجم الفرد بصورة مفاجئة.

ثالثاً: يمكن أن تحدث للفرد عدة مرات خلال الأسبوع الواحد.

رابعاً: قد تحصل أحياناً مرة أو مرتين خلال شهر واحد.

خامساً: ربما لا تحصل عند بعض الأشخاص إلا مرة أو مرتين خلال عدة سنوات.

التعجيل بالعلاج ضرورة لا بد منها

رغم حقيقة أن اضطرابات الهلع الناشئة عن القلق شائعة الانتشار، وعلاجها النفسي مضمون النتائج إلى حد كبير، بيد أن معظم الذين يعانون منه قلما يسعون لطلب العون من المختصين بعلاجه. ولكن الأمر المهم في هذه الحالة، هو أنه حتى الذين يذهبون طالبين المساعدة للتخلص منه، لا تشخّص حالاتهم على خير وجه. ومعظم الذين يكابدون من هذه الآفة النفسية يظنون أنهم يعانون من نوبات قلبية أو جلطات تصيبهم في قلوبهم؛ بدليل أنهم عندما يهرعون إلى طبيب الجسم أو إلى أقرب مستشفى للأمراض الجسمية، لا يجدون هناك في قلوبهم ما يشير إلى ذلك من الأعراض. إذ وجدت نفسك تشكو مما ذكرنا من مشاكل اضطرابات الهلع القلقية، أو أحداً غيرك يشكو منها، يترتب في هذا الموقف أن تسأل الأسئلة التالية للتحقق من وجود ذلك الاضطراب:

- هل تمر بك أوقات تحس فيها حالات خوف خانق، أو ضيق كاتم، أو هلع قاتل، ولكن بدون سبب حقيقي؟
- هل تزداد ضربات قلبك كثيراً خلال تلك الأوقات؟
- هل يتصبب منك العرق فجأة أحياناً؟
- يصاب جسدك بالرجفان والارتعاش؟
- هل تحس وكأنه لا يوجد هواء تتنفسه، أو تحس أنك لا تستطيع التنفس؟

- هل تشعر بالإختناق؟
- هل تحس بالغثيان، وتشعر باضطرابات في الجهاز الهضمي؟
- هل تشعر بالدوخة، وبالإغماء؟
- هل تحس كأنك منفصل عن عالمك الحقيقي؟
- هل تشعر بالخوف من الجنون؟
- هل مررت بحالات من الخدر في بعض أنحاء جسمك؟
- هل مررت ببعض الحالات المذكورة هنا آنفاً؟
- هل دامت بعض تلك الأعراض أشهراً عندما أصابتك؟
- هل غيرت شيئاً من سلوكك عندما خفت من هجمة بعض تلك الحالات عليك؟

إذا كان الجواب عن تلك الأسئلة بـ (نعم)، فالحالة إذن، هي حالة هجمة هلعية مردها إلى تنامي القلق بشكل غير طبيعي. وحتى إذا كانت الإجابة بـ (نعم) على عدد من تلك الأسئلة. لذلك فإن الأمر يستدعي في هذه الحالة الإسراع إلى العلاج والتعجيل فيه.

أول خطوة تقتضيك القيام بها هي إجراء فحص طبي للجسم شامل للتحقق من أنك لا تعاني من انخفاض السكر في الدم hypoglycemia، وأنك لا تعاني من فرط الانفعالية hyperthymia، وأنك لا تشكو من اضطرابات في الغدة الدرقية hyperthyroidism، وأنك لم تتناول كميات كبيرة من الكافايين، وأنك لم تتعرض إلى تسميمات كيمياوية مثل الزرنيخ أو الزئبق. بعد التحقق من انعدام هذه الإحتمالات، فما عليك إلا أن تسارع في الذهاب إلى طبيب نفساني.

والمتفق عليه في أوساط الطب النفسي هو أن الذين يعانون من اضطرابات هلع ناجم عن قلق مرضي، يمكن أن يعملوا بشكل اعتيادي، غير أن كفاءاتهم لا ترقى إلى ما كانت عليه قبل حدوث ظروف معاناتهم. وينبغي التأكيد على أنهم، إذا ما أهملوا أمراضهم تتفاقم، فإنها ستتضاعف فتؤدي في

المآل إلى شل إرادتهم عن العمل.

ما هي أهم أساليب العلاج؟

تنجم عن اضطرابات القلق أمراض نفسية شتى، لعل أهمها:

1 ـ أمراض نفسية تتصف بالفزع الدائم.

2 ـ أمراض نفسية تؤثر في سلاسة السلوك.

3 ـ أمراض نفسية تؤدي إلى النفور من الآخرين والابتعاد عنهم.

4 ـ أمراض نفسية رهابية كالخُواف من الخلاء agoraphobias.

وأهم أساليب العلاج في مثل هذه المواقف تتركز حول:

1 ـ علاج سلوكي ـ معرفي cognitive-behavioural therapy:

هذا النوع من العلاج يغير طريقة نظرة المرضى إلى اضطرابات الفزع، وكيفية استجاباتهم له. فيتعلمون من خلاله أن ما يحسونه من اضطرابات فسيولوجية مؤلمة، وإن كانت بالنسبة لهم مخيفة، بيد أنها في النهاية لن تضر. لماذا؟ لأن أساسها نفسي، وليس عضوي. لذا يجب أن يعالج السبب الأصلي.

2 ـ علاج نفسي psychotherapy، هذا النوع من العلاج يتحرى الكوامن اللاشعورية التي تدفع بالشخص إلى الهجمات الهلعية.

3 ـ الاستطباب بالعقاقير medication المصنّعة لهذا الغرض.

4 ـ العلاج الذاتي self-help، حالما يشعر الأشخاص المرضى بهذه الأمراض بأعراضها، يحسن بهم الإسراع بالقيام بما يلي:

(أ) التنفس العميق.

(ب) إتباع التقنيات السلوكية ـ المعرفية.

(هـ) اللجوء إلى الاستنجاد بالجماعات المتخصصة بمد يد العون لمثل هؤلاء المرضى.

الأمراض النفسية المترتبة على القلق غير الطبيعي، تؤثر على علاقات الشخص بالآخرين، سواء كان ذلك من حيث علاقاته بأفراد أسرته، أم بزملائه في مجال العمل. إذ ينشأ عند هذا النمط من الأفراد ما يسمى في العلاج النفسي بـ (الُرهاب الاجتماعي): Social Phobia.

ما هو الرهاب الاجتماعي؟

الرهاب الاجتماعي يتركز حول الخشية الشديدة والخوف الخانق من العمل الذي قد يتعرض فيه المريض إلى الإنتقاد. فالخوف من الانتقاد يولد قلقاً مفزعاً يسبق القيام بالعمل، فيحيل صاحبه يرتجف من القلق نفسه، ومن مغبة التعرض إلى الانتقاد الذي قد يشيع بين الآخرين.

الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي يتجنبون عادة الأعمال التي يظنون أنها تعرضهم للانتقاد، ويتجنبون الاختلاط بالناس، ويتحاشون وضع تواقيعهم على أية ورقة ارتجافاً من خوف مجهول.

وطبقاً لبعض الدراسات، اتضح أن (13,3٪) من الأفراد يعانون من الرهاب الاجتماعي.

فما هي أسباب الرهاب الاجتماعي؟

تبين أن هناك عدة أسباب تفضي إلى الرهاب الاجتماعي، منها على سبيل المثال، لا الحصر:

1 ـ الصدمات النفسية المبكرة early traumas.

2 ـ الإفتقار إلى المهارات الاجتماعية التي يؤدي توفرها إلى غرس الثقة بالنفس، وانعدامها يؤدي إلى الشعور بالنقص، وبالتالي الابتعاد عن الآخرين والخوف من انتقاداتهم.

3 ـ تقييم الذات تقييماً سلبياً.

4 ـ الحساسية المفرطة التي تؤدي إلى الخوف من أي نقد.

ولهذه الأسباب فإن الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي **يشعرون دائماً** وكأنهم يحملون كابوساً على أكتافهم فلا يستطيعون النهوض به.

لذلك فاسأل نفسك الأسئلة التالية، إذا كنت تحس بأنك تعاني من الرهاب الاجتماعي، ومن خلال الأسئلة هذه يمكنك أن تحدد موقفك وحقيقة وضعك:

- هل وجودك وسط جمع من الناس يجعلك قلقاً بشكل استثنائي؟
- هل تحس بالخوف في حالة العمل أمام الآخرين؟
- هل عرقل الخوف من العمل أمام الآخرين كيفية أدائك للعمل؟
- هل تحس بالارتباك في مجال عملك أينما كنت؟
- هل تحس بالقلق والاضطراب عند التقائك أول مرة بأناس غرباء؟
- هل تحس بهجمات هلعية عند العمل أمام الآخرين؟
- هل تخاف من مراقبة الآخرين لك وأنت تعمل؟
- هل تعتقد بأن خوفك ليس منطقياً وغير عقلاني؟
- هل تحاول تحاشي المواقف الاجتماعية؟

إذا كان جوابك على معظم هذه الأسئلة بـ (نعم) فاعلم أنك لديك (رهاب اجتماعي)، أو اضطراب حاد ناشىء عن قلق مرضي. وتشخيص الحالة يتوقف على دراسة حالة المريض دراسة مستفيضة للإلمام بكل ما هنالك من عوامل كامنة في اللاشعور عنده فأفسدت عليه رواء حياته.

علاج الرهاب الاجتماعي

أبرز علاج ناجع للرهاب الاجتماعي هو العلاج: المعرفي ـ السلوكي cognitive-behavioural therapy. ويتلخص بتقنية التعريض: أي يطلب إلى الفرد المريض، بعد تشجيعه وتمرينه على الاسترخاء، أن يتصور أنه يواجه فعلاً

موقفاً يخاف منه ويخشاه. وبالتدريب المستمر بقيادة المعالج ينتقل إلى مواقف يتصور نفسه فيها أنه يواجه أناساً قلائل... وهكذا بالتدريج حتى يتمكن من مواجهة أناس مثله... إلخ.

بعد ذلك يتم تعليمه مهارات إجتماعية تكسبه الثقة بنفسه. من هذه المهارات مثلاً صنع النماذج، التشجيع على الكلام والتسميع مما يطلب إليه حفظه.

يطلب إليه أيضاً أن يقوم بتمثيل الأدوار، وذلك بأن يسند له دور معين ضمن مجموعة فيسلك ويتصرف وكأنه في ذلك الموقع حقاً.

هذه التقنيات من شأنها أن تعيد إلى الأشخاص المرضى:

1 ـ الثقة بالنفس.

2 ـ الإيجابية في الاختلاط بالناس.

3 ـ الخروج من الانحباس داخل شرنقة الذات.

4 ـ تمتص قلقهم الخانق.

فتلك الأساليب من شأنها أن تعيد أولئك الأفراد المرضى إلى الاندماج الاجتماعي وتجدد عندهم حقيقة صورة (إعتبار الذات): self-esteem.

قد يتطلب الأمر لبعض المرضى بالرهاب الاجتماعي العلاج بالعقاقير. لكن ذلك في الحالات القليلة الشاذة.

هناك ضرب من القلق يطلق عليه القلق العام، أو الاضطرابات القلقية العامة generalized anxiety disorder.

من طبيعة هذا المرض أنه مزمن، وأنه يستمر مع الفرد شهوراً وأحياناً أعواماً طوالاً. ويكون مصحوباً بأعراض جسمية وبضيق سيكولوجي ينغّص على الفرد المريض حياته. وهذا النوع من القلق المرضي العام ينطوي على أنماط من الأعراض منها على سبيل المثال:

1 ـ توجس مستمر يلازم الشخص، مع قلق مستحوذ لا يستطيع المريض به

السيطرة عليه.

2 ـ توتر جسمي بلا سبب، ويشعر معه المريض بآلام في العضلات، ولا يستطيع الاسترخاء.

3 ـ تغيرات فسيولوجية شبيهة بتلك التي يثيرها الخوف عادة، منها مثلاً:

(أ) ارتفاع ضربات القلب أكثر من المعدل.

(ب) التعرق.

(ج) جفاف اليدين بشكل غير طبيعي وتشققها.

(د) ارتفاع ضغط الدم.

(هـ) جفاف الفم بشكل غير طبيعي.

(و) اعتراض شيء غير طبيعي في الحنجرة، وانسدادها.

(ز) صعوبة البلع.

(ح) دوار.

(ط) اضطراب في المعدة مستمر.

(ي) تبول مستمر.

(ك) إسهال دائم.

تشير الإحصاءات النفسية إلى أن (3٪) من السكان يصابون بالقلق العام عادة. والمصابون به يعيشون تحت وطأة توتر لا ينتهي.

إلى جانب ما مرّ ذكرها من أساليب العلاج، هناك أساليب أخرى تتبع في علاج القلق العام، منها على سبيل المثال، وليس الحصر:

1 ـ العلاج السلوكي ـ المعرفي.

2 ـ العلاج النفسي الديناميكي.

3 ـ العلاج بالعقاقير.

4 ـ يمكن أحياناً الجمع بين هذه الوسائل كافة.

وكلها تقنيات لا تطبّق إلا بعد التحقق من نوع المرض، وذلك بواسطة التحليل الدقيق.

الفصل الرابع

المخدرات ومخاطرها النفسية

- تعاطي المخدرات آفة العصر.
- كيف يتم ادمان المخدرات؟
- لماذا يتم ادمان المخدرات؟
- أطلب العون ولا تتردد.
- العلاج.

تعاطي المخدرات آفة العصر

يوصف تعاطي المخدرات في وقتنا الراهنم بأنه (طاعون العصر الحديث) وأنه وباء إبتلي به بعض الناس، ولكن من أنفسهم، للأسف الشديد.

وإذا كانت المخدرات معروفة منذ قديم الزمان، فإن تعاطيها بالشكل القاتل، كما اليوم، لم يكن من قبل مألوفاً. لذلك فإن مخاطرها وأعراضها النفسية أصبحت في الوقت الحالي ظاهرة في سلوك الذين يتعاطونها فأصابت منهم حياتهم النفسية.

ومن مخاطر آفاتها على نفسية الأشخاص الذين يقدمون عليها:

- تحكمها في حياتهم نتيجة الإدمان عليها.
- محاولة بعضهم الامتناع عنها لكنهم لا يفلحون لأنها تكون قد استحوذت عليهم فأصبحوا أسارى تعاطيها الإنتحاري.
- الصراع المرير بين الإقلاع عنها، وأحياناً بلا جدوى، وبين الإستسلام المقيت لها.
- تناقص كفاءة الأفراد الذين يتعاطونها حتى يصبحوا بالتدريج فاشلين في تحمل أية مسؤوليات.
- انحسار الذين يتعاطونها عن ركب الحياة الاجتماعية، ثم البدء بالانقطاع عن العلاقات الاجتماعية، وعن أعمالهم، وبالتالي خسران كل شيء.
- استخدام تلك العقاقير بشكل قاتل يقضي على صفاء النفس ويدمر الحياة بكاملها.
- استخدام العقاقير مما يؤدي إلى إضعاف الطاقة وتغضن ما تحت العينين، وارتعاش اليدين بشكل مبكر من حياة المرء.

تلك هي بعض الأعراض لهذه الأمراض التي يقدم عليه أناس، وهم يعلمون، وقد لا يعلمون، ما سيترتب عليها آفات تصيبهم في أنفسهم، وفي أجسامهم، وفي أعمالهم، وفي علاقاتهم الاجتماعية، وتوجهاتهم الحياتية.

في الستينات من القرن العشرين هذا، حاول كثير من الناس في معظم المجتمعات أن يفرضوا أحكاماً أخلاقية على المخدرات وعلى الأشخاص الذين يتعاطونها، ومن هذه الأحكام الخلقية التي حددت:

1 ـ اعتبار متعاطيها ضعفاء الإرادة.

2 ـ النظر إلى متعاطيها أنهم مجانفين للمعايير الأخلاقية.

3 ـ اعتبار متعاطيها في عداد المجرمين.

في ضوء المعايير المذكورة آنفاً، ومنذ ذلك الوقت ـ عهد الستينات ـ تعارفت المجتمعات على اعتبار تعاطي المخدرت وإدمان المصنعات من الكيمياويات المحرّمة، أنها أمراض مزمنة تؤثر تأثيراً سلبياً على:

1 ـ العقل: mind.

2 ـ الجسم: body.

3 ـ النفس والروح: spirit.

ونظراً لما يترتب على تعاطي المخدرات من تفتيت للعقل والنفس، واهلاله للبدن، فقد راح المختصون بالأمراض النفسية، يصفون العقاقير المخدرة وتعاطيها بأنها أعمال إجرامية تدمّر الحياة الشخصية وتضرّ بالكرامة الإنسانية.

يقبل الذين يتناولون تلك المخدرات، عليها وهم يحسبون أنها تولد عندهم نشاطاً نفسياً وإحساساً بالنشوة، وتخفف لديهم الشعور بالضغوط النفسية في حياتهم اليومية، لكنهم لا يحسبون للعواقب الوخيمة حسابها؛ ليس فقط على حياتهم الذاتية وحدها، ولكن تدمّر معها أيضاً حياة كل من يتعلق بهم من أفراد أسرهم: هذا بالإضافة إلى الأمراض المختلفة التي تنتاب نفوسهم وأجسادهم.

كيف يتم إدمان المخدرات

يمكن القول إن بدايات الإحساس باللذة والنشوة، هي استدراج الشخص المتعاطي إلى الندامة والكبوة. فالفرد لأمر ما قد يُقْبِل على أخذ جرعات doses يصفها الطبيب لبعض الحالات المرضية، أو بإغراء من شخص آخر. لكن أخذ القليل والاستمرار عليه بدون دواع تدعو إلى ذلك، يغري الفرد بتناول جرعات تزداد يوماً بعد يوم حتى تصبح العادة مستحكمة، فلا يعود الشخص بعدها قادراً على التخلص من قيود تلك العادة المهلكة.

يجب أن يكون معلوماً: كم من حالة تسمم حصلت بهذه المخدرات، فأودت بحياة أشخاص كثيرين في هذه الحياة. تغلب على مدمني المخدرات أعراض تؤكد ما يلي:

1 ـ انسحابهم من الحياة الاجتماعية بالتدريج، وفي هذا ضرر بالغ.

2 ـ التشرنق داخل الذات.

3 ـ يترتب على تعاطي المخدرات الإكتئاب.

4 ـ كثيراً ما تنجم عن تعاطي المخدرات مآسي إجرامية.

لذلك فقد جاء في المجلد السنوي الخاص بالأمراض العقلية والنفسية: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders التعريف التالي لهذا التعاطي للمخدرات والإدمان عليها: (نمط من الإنحراف الناجم عن تعاطي المخدرات بصورة مضرّة، يؤدي إلى إعتلال اكلينيكي يصيب الصحة، ويترتب عليه كرب نفسي).

ومصطلح (الانحراف) أو (سوء التكيف) كما هو وارد في سياق التعريف السابق، وفي ثنايا هذا الفصل، يشير إلى:

1 ـ الإنحراف السلوكي.

2 ـ الإنحراف النفسي.

3 ـ التغيرات الفسلجية التي تصيب الجسم، ومنها مثلاً: التسممات، الضعف

العام، الإنسحاب التدريجي من الواقع.

وجد نتيجة للدراسات المسحية، ونتيجة للسجلات الإكلينيكية، أن أكثر قليلاً من ثلث الإضطرابات النفسية قد نجمت عن تعاطي المخدرات. هذا ما أكده ريتشارد فرانسس Richard Frances، المؤسس للرابطة الأميركية الخاصة بالطب النفسي للمخدرات. وجاء في تقرير أعده فرانسس أن الأشخاص الذين وقعوا في قبضة الإدمان لهذه المخدرات، يحتاجون إلى:

1 ـ تقييم متحرز.

2 ـ علاج خاص ومكثف.

3 ـ حالاتهم تستدعي الاهتمام نظراً لتعقدها ومتاعبها. ما السبب؟

هناك أسباب كثيرة، منها:

1 ـ لأنهم خسارة لأنفسهم.

2 ـ خسارة لمجتمعاتهم.

3 ـ لما يترتب على إدمانهم من مخاطر تضرّ بهم وبالمجتمع.

لماذا يتم إدمان المخدرات؟

ثمة إتفاق عام حول الأسباب التي تؤدي ببعض الناس إلى الإقدام على إدمان المخدرات، وهي مهلكة للنفس، وللجسم، ومدمّرة لشخصيات متعاطيها.

من بين العوامل الكثيرة التي يذكرها المعنيون بمكافحة الآفات النفسية الناشئة عن المخدرات، ما يلي:

1 ـ عوامل كيمياوية ـ بيولوجية biochemical factors:

توجد في أجسام بعض الناس مناطق، وخاصة في الدماغ، تحث أصحابها على تعاطي منبهات تنتج عنها ملذات، لذلك يستجيب الفرد إلى تلك التي يجد فيها نشوته أكثر. وقد وجد هذا العامل منذ حوالي عشرين سنة

مضت. هذا ما يؤكده العلماء الآن.

2 ـ عوامل سيكولوجية psychological factors:

يعتقد المختصون بعلم النفس أنه ليس هناك ما يسمى بـ (الشخصية المدمنة) على المخدرات، لكنهم يؤكدون أن مجرد إقبال بعض الأفراد عليها، يجعلهم يدمنون. وهذا الإدمان مبعثه أن أولئك الذين ينسون العواقب، يتعلقون باللذات العاجلة، فلا يرون النتائج الفادحة إلا بعد فوات الأوان.

3 ـ عوامل تتعلق باضطرابات نفسية mental disorder:

وجد أن بعض الناس ممن يدمنون تعاطي المخدرات، إنما يقدمون عليها للتخلص مما يعانون من اضطرابات اكتئابية. فيكون مثلهم كمن يستجير من الرمضاء بحر نار (مثل عربي يعبر بدقة عما أراده المؤلفان).

4 ـ عوامل بيئية environmental factors:

وهذه عوامل تتضمن عدة عناصر، منها فعلاً، التخفف من ضغوط الحياة، ولكن الضرر يصبح أكبر. ومنها الإغراءات ومنها تقليد الآخرين... إلخ.

5 ـ اقران السوء peers:

وهذه العوامل إما أن يكون سببها الضغط على الفرد بشكل غير مباشر لتعاطي المخدرات، أو بشكل مباشر. منها سوء الصحبة، ودون تحسب للعواقب.

6 ـ الإدمان بالتعلم عن طريق الاقتران الشرطي conditioned learning:

يتعلم الشخص من الآخرين، ولكن يجد المدمن أن المخدرات ترتبط عنده بلذة في نفسه، فيربط بين العاملين حتى يصبح أسير العادة الضارة هذه.

أطلب العون ولا تتردد

عندما تحس أنك تميل إلى تعاطي العقاقير المخدرة، أو أنك أصبحت أسيراً لها، فاطرح على نفسك الأسئلة التالية:

- هل أصبحت أَمْيَلَ إلى تعاطي العقاقير المخدرة، أو أنك أصبحت أسيراً لها؟
- بعدما أدمنت المخدرات، هل حاولت التخلص منها فأخفقت؟
- هل وجدت نفسك تبذل جهداً للحصول على المخدرات واستعمالها؟
- هل أخذت كفاءاتك بالتناقص، وأنك أصبحت لا تميل إلى أداء عملك؟
- هل أخذت تشعر بأنك لا تستطيع التخلي عن تعاطي المخدرات رغم إعتلال صحتك الجسمية واختلال حالتك النفسية؟
- هل أصبحت تحت وطأة الأكثر من المخدرت رغم أنك لا تريد ذلك؟
- هل أخذ تعاطيك هذه المخدرات يسبب لك قلقاً، وكرباً نفسياً، واكتئاباً؟
- هل أصبحت تشعر بأنك تكثر من تعاطي المخدرات لاعتقادك أنها تخلصك من هموم وكربات نفسية؟

إذا كان الجواب على معظم تلك الأسئلة بالإيجاب، فمعنى ذلك أن الأمر يستدعي الشخص المتعاطي الإسراع إلى طلب العون للتخلص من مأزقه. والسبب معروف لدى الجميع، وأن المدمن به أدرى، ذلك لأن الإدمان على المخدرات يضر بالشخص من عدة نواح، أهمها:

1 ـ جسمياً.

2 ـ عقلياً.

3 ـ اجتماعياً.

4 ـ نفسياً وروحياً.

والأضرار المذكورة هذه يمكن أن تنتج أحياناً من جرعة واحدة، وأحياناً من عدة جرعات، إذ إن الأمر يتوقف على البنية الجسمية والنفسية للفرد. وذلك لأن هذه العقاقير لا يدري المرء ما نوع المشكلة التي تترتب عليها

وعلى تناولها. من ذلك مثلاً:

- الماريجوانا يمكن أن تسبب قلقاً حاداً.
- الكوكايين يمكن أن يسبب ضغط الدم وأمراض القلب.
- الكوكايين، مرة أخرى، يمكن أن يسبب عدم الاتزان، أو اللزمات العضلية، أو النوبات النفسية.
- مادة LSD يمكن أن تؤدي إلى أعمال ذات نتائج سيئة كإلقاء النفس من النافذة... إلخ.

وبمرور الوقت يصاب مدمنو المخدرات بالوهن debility وبالضعف المتناهي في النفس، والعقل، والجسم. وهم في الغالب يصبحون عرضة للهرم المبكر والخرف العقلي المبكر.

وهم بالإضافة إلى ما تقدم يبدأون يشعرون بما يلي:

1 ـ ضعف عام مزمن.

2 ـ تعب شديد حتى بدون أي مجهود جسمي أو عقلي.

3 ـ نسيان غير طبيعي.

4 ـ أرق مزمن.

5 ـ ضعف في الذاكرة.

6 ـ عدم قدرة على التركيز.

7 ـ سوء تغذية.

8 ـ فقدان الشهية.

9 ـ تناقص في الوزن بصورة ملفتة للنظر.

10 ـ الإصابة بالهلوسات.

وفوق ذلك كله احتمال كبير جداً بإصابتهم باضطرابات نفسية، أهمها:

أولاً: الاكتئاب: depression.

ثانياً: البارانويا: paranoia.

العلاج

يجب على الشخص الذي يحس بميل إلى إدمان المخدرات أو الشخص المدمن عليها أن يسارعا إلى العلاج. وكلما تأخر الفرد في العلاج، زادت حالته سوءاً وأدى بنفسه إلى المهالك.

وأول خطوة في العلاج هي أن يعمد المختصون إلى إزالة ما ترسب في جسم الشخص المدمن من مواد سامة تراكمت عبر سني تعاطي المخدرات. وإزالة السموم المترسبة عملية يمكن أن تتم إجراءاتها عبر مراحل أهمها:

1 ـ خلال المراجعة اليومية دون الحاجة إلى الإقامة في المستشفى.

2 ـ خلال الإقامة في مكان معين بلا تحديد.

3 ـ الرقود في المستشفى.

يجدر بالفرد المدمن أن يستمع إلى:

أولاً: قراره هو أي أن يذعن إلى قراره الذاتي للتخلص من مشكلة أوقع فيها نفسه، ولا بد له من ذلك حفاظاً على نفسه وكرامته الإنسانية.

ثانياً: قرار المختص، لأن عملية إزالة السموم المتراكمة في كل خلية في الجسم تتطلب معرفة، ودقة، ووقتاً.

أما خطة العلاج فيمكن أن تتكون من:

1 ـ علاج فردي: أي يراجع الشخص المدمن بمفرده فيكون العلاج تطهير الجسم من السموم وتطبيب النفس من اضطراباتها الناجمة عن تلك المخدرات.

2 ـ علاج يتم داخل إطار الأسرة.

3 ـ علاج سلوكي.

ولكل من الأنواع الثلاثة المذكورة أساليبه وفنه العلمي المتبع. وكلها أساليب قد تطورت كثيراً.

فالرقود في المستشفى، مثلاً، أمر يُنصح به، إذا كان الشخص المتعاطي

لا يستطيع أن يقلع عن الإدمان على المخدرات. والسبب في رقوده في المستشفى يعد أحد عوامل مساعدته بشكل أسرع لتخليصه من آفته التي استحوذت عليه، وكي يكثف له العلاج.

يضاف إلى ما تقدم فإنه يتم إبعاده عن البيئة التي تشجعه وتغريه بتناول المخدرات. لأنه، وهو خارج المستشفى، لا يتردد عن تناول المخدرات وتعاطيها حتى وإن كان في دورة علاج.

تحدد فترة الرقود في المستشفى بمدى تحسن حال المدمن، ذلك لأنه مريض بأكثر من مرض، ومن ذلك:

1 ـ مرض جسمه المتسمم.

2 ـ مرض نفسه.

3 ـ مرض كيانه الأخلاقي، لأن الإدمان مرض خُلقي.

وبعد التأكد من شفائه يغادر المستشفى ولكن عليه أن يراجع خلال مواعيد منتظمة للتحقق من سلامته تماماً، وللتأكد من أنه لم ينتكس فيعاود التعاطي من جديد. من شأن هذه الإجراءات، الحيلولة دون انسحاب الفرد إلى داخل ذاته، بعد إدراكه نتيجة الشفاء، إنه كان في ضلال فيسحقه الندم والشعور بالذنب، فينطوي على نفسه، وبالتالي يمرض نفسياً ولكن بمرض نفسي من نوع آخر.

كثير ممن يتعاطون المخدرات يسقطون في الحياة صرعى الأمراض الذهانية psychotic illness. وهؤلاء بدورهم يكونون بحاجة إلى إنقاذهم من مرضين كليهما صعبين:

1 ـ مرض الإدمان.

2 ـ مرض الذهان.

فالعلاج في هذه الحالة يكون مزدوجاً، ويتلخص في تخليص الشخص من سموم جسمه أولاً، ثم الاهتمام في الوقت نفسه، بإنقاذه من مرضه النفسي الذي جلبه لذاته نتيجة التعاطي، ثانياً.

الشفاء عملية دينامية تشمل نمو الشخص مجدداً نمواً متبصراً وتشمل شفاءه من أمراض استحكمت فيه فيتخلص من آفاتها بالإصرار على مواصلة العلاج.

فالإستطباب أو طلب العلاج من أجل الشفاء إنما هو عملية إنتقال وتحوّل من حياة أفسدتها وشوهتها المخدرات المدمرة، إلى حياة خالية من تلك المكدرات: حياة نقية تزهو بالصحة العامرة.

هناك اليوم التطبيب وفق (نموذج مينيسوتا Minnesota Model): ويتلخص برنامجه في التركيز على العقاقير المتعاطاة كونها أساس المشكلة. أصبح التأكيد على المخدرات لأنها أسُ البلوى، بعد أن كان التأكيد من قبل يتم على الظواهر الإنفعالية المترتبة على تلك المخدرات.

في ضوء البرنامج الجديد هذا أصبح التأكيد ينصب على:

1 ـ تحري ما يصيب الجسم من تلف.

2 ـ تحري الجوانب الانفعالية.

3 ـ تحري الجوانب الروحية للفرد المتعاطي.

4 ـ تحري ما يصيب كيان الأسر من تفكك.

5 ـ تحري ما يصيب العلاقات الاجتماعية من خلل يضر بالفرد وبالمجتمع.

ومن المهم في هذا السياق أن يندرج في إطار البرنامج العلاجي اتباع المنهج المعرفي في العلاج، ويرمي إلى تخليص الفرد المدمن من:

1 ـ تخفيف شعوره بالذنب جراء التعاطي الذي أضرّ بنفسه وجسمه وسمعته.

2 ـ تخفيف قسوته على نفسه بعد الشفاء، ذلك لأنه يعود يحتقر ذاته.

3 ـ تخليصه من مغبة لوم الذات العنيف.

4 ـ إعادة اندماجه بوسطه الاجتماعي من جديد كفرد منتج يشعر باحترام الذات، ويحس باحترام مجتمعه له.

ويتم إجتناء ثمرات تلك الجهود والأساليب بعد إنطفاء السلوك القديم عند الشخص انطفاءً شرطياً extinction of conditioned behaviour. إذ سيجد متعة الراحة التامة بعد شفائه في الإقلاع عن دائه السابق.

الفصل الخامس

اضطرابات الضغوط النفسية وسوء التوافق

- مظاهر اضطرابات التوافق وأعراضها.
- اضطرابات سوء التوافق.
- ما مدى إنتشار اضطرابات التوافق!
- ما هي أسباب سوء التوافق؟
- علاج سوء التوافق.
- اضطرابات الضغط النفسي الحاد.
- تناذرات الضغوط النفسية الحادة.
- كيف تتم مواجهة الضغوط النفسية الحادة هذه؟

الحياة تمضي. والأحداث تتوالى. والأمثلة على ذلك لا تعد، ولا حصر لها. شركات تقفل أبوابها. متحابان يفترقان، لسبب أو آخر. ونقود المرء ومدخراته تنفد. ونكسات كهذه تهرس الفرد دائماً فتدعه نهباً موزعاً، فلا يدري كيف يلملم أشتات نفسه المبعثرة ليقف من جديد أمام هذه الأزمات الهاصرة.

فمن الطبيعي لأفراد كهؤلاء يواجهون مثل هذه الملمّات أن يحسوا في أعماقهم بتأزم، وأن يتعرضوا بالتالي إلى:

1 ـ الحزن.

2 ـ التوتر.

3 ـ الغضب.

4 ـ الاكتئاب.

5 ـ وبالتالي الإحساس بعدم القدرة على الصمود أمام زعازع الأحداث، فلا يستطيعون إنجاز مهماتهم اليومية.

ولكن يمكن القول أن تلك الأحداث الضاغطة قد تمضي، مخلفة وراءها آثارها النفسية التي تنخز في كيان الفرد الذي تعرض لألآمها. غير أنه يمكن القول أيضاً أن بعض الأفراد ممن نهشتهم تلك الحوادث العاصرة، لا يتخلصون تماماً من آثارها، ولذلك فإنهم لا يتكيفون ولا يعود إلى سيرتهم الأولى تارة أخرى. بل على العكس من ذلك: إنهم يلبثون على حالهم أيام انتابتهم الأحداث، فيروحون يجترون آلامهم، مستسلمين إلى القنوط، ولا يعودون قادرين على ممارسة أعمالهم كما ينبغي. هذه الحالة تسمى اضطراب التوافق: audjustment disorder.

فما هي أعراض اضطرابات التوافق؟

مظاهر اضطرابات التوافق وأعراضها

عندما يتعرض الفرد أو بعض الناس إلى اضطرابات سوء التوافق أو الضغوط، فيمكن أن تظهر لديهم الحالات التالية كلها أو معظمها:

- تبدو عليهم أعراض انفعالية أو سلوكية، وتنشأ عندهم الأعراض هذه بأثر أحداث ضاغطة، أو بعد حصول تغيرات كبرى في حياتهم، وبخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى التي سبقت ظهور تلك الأعراض.
- يشعر بفداحة الخبرة المؤلمة فيضخمها ولا يعود قادراً على مواجهتها.
- يحسب العجز، والفشل، فيستسلم دونما حاجة تدعوه لذلك، لكنه الإحساس الضاغط.
- يفقد كل مشاعر العلاقات الإنسانية، نتيجة للتبلّد الإنفعالي.
- يفقد الصلة بالواقع.
- يشعر بالاغتراب النفسي.
- ينسى أحداث الصدمة الحالية.
- يحاول استعادة الصدمات الماضية، فلا يريد أن ينساها.
- يشعر بكرب نفسي شديد، وبكل ما يرمز إليه.
- يتجنب الأشخاص والأماكن وأي شيء يذكره بالصدمة.
- يشعر بصعوبة الإخلاد إلى النوم، ويستعصي عليه ذلك، وتفزعه الأصوات المفاجئة.
- لا يميل إلى مشاركة الآخرين في فعالياتهم.
- يحس بغربة غريبة تفصله وتبعده عن الآخرين.
- يحس بفتور في عواطفه نحو الآخرين.
- يحس بمفارقات غريبة تجري من حوله في الحياة.
- يشعر بنقص في الكفاءة شديد إزاء أي عمل يؤديه أو أي نشاط يأتيه.

في حالات أخرى من الظروف، فإن مصادر الضغوط النفسية إنما هي أحداث سبّبت للأفراد الذين تعرضوا لها صدمات جعلتهم يتوجسون خيفة من كل ما في الحياة، إذ يشعرون في هذه المواقف بما يلي:

1 ـ عدم الأمان.

2 ـ يتوقعون أحداثاً تؤلمهم ويتوهمونها.

3 ـ يقلقون كثيراً.

4 ـ فالمشكلة على كل ما مرّ أن حياتهم تصبح جحيماً عليهم.

فالمشكلة تكمن في استمرار الخوف الذي يعايش هؤلاء الناس.

غير أن بعض الذين يصابون باضطرابات سوء التكيف والضغوط النفسية، يمكن أن يتجاوزها، ولكن السؤال هو: هل تزايلهم أوصابهم النفسية تماماً؟

الحقيقة هي أن الذين ينجون من الصدمات المذكورة هنا، تلازمهم آثار منها، مثل:

1 ـ بواقي الصدمات الانفعالية القوية.

2 ـ حزن شديد واغتمام.

3 ـ خوف متكرر بلا سبب واضح.

4 ـ شعور بالذنب.

5 ـ إحساس بالخجل.

6 ـ تهيج متزايد مصدره إنفعالات حبيسة.

وجد نتيجة للدراسات المتحرزة أن (30٪) من الذين تخطوا مآسي الأحداث التي مروا بها، قد ظهرت عليهم أعراض مرضية نفسية psychiatric symptoms. بعض هذه الأعراض تكون حادة ومزمنة إلى حد أنها تحول دون إنجاز المبتلى بها أعماله كما يجب. في هذه الحالة، تأخذ المشكلة نمطين:

1 ـ إما أن تتخذ شكل اضطرابات ضغوط نفسية حادة acute stress disorder.

2 ـ أو أنها تتخذ شكل اضطرابات ضغوط وصدمات نفسية متبقية آثارها من الماضي post traumatic stress disorder.

وقد وجد بالتجربة أن الآثار النفسية هذه مخاطرها على النساء أشد. وفي التقرير الذي نشرته جمعية علم النفس الأمريكية عام (1994)، تبين أن (12٪) من النساء كن يعانين من مشكلات الصدمات النفسية التي يتعرضن لها في حياتهن.

إضطرابات سوء التوافق

تعبير (اضطرابات سوء التوافق) يشير إلى إستجابة لا سوية تصدر عن شخص تعرض لموقف تتمثل فيه ظروف ضاغطة. وسوء التوافق الحادة تستمر اضطراباته المصاحبة حوالي ستة أشهر. أما اضطرابات سوء التوافق المزمن فتستمر فترة طويلة. تصنف اضطرابات سوء التوافق إلى:

1 ـ اضطرابات سوء توافق انفعالي emotional.

2 ـ اضطرابات سوء توافق سلوكي behavioural.

وأبرز الأعراض وأكثرها انتشاراً هي الأنماط الآتية:

- اضطرابات سوء تكيف مصحوبة بمزاج اكتئابي.
- اضطرابات سوء تكيف يرافقها قلق حاد.
- اضطرابات سوء تكيف يصاحبها مزيج من القلق والمزاج الاكتئابي.
- اضطرابات سوء تكيف مقرونة باضطرابات سلوكية.
- اضطرابات سوء توافق يصحبها مزيج من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
- اضطرابات أخرى غير محددة، تصحبها مشكلات تظهر على الفرد مثل: الانسحاب إلى داخل حدود الذات، استجابات منافية للتكيف العام، الإحساس بأعراض مشكلات جسمية.

ما مدى إنتشار اضطرابات التوافق؟

لكل واحد منا، نحن البشر، مصاعبه التي تواجهه لكي يتكيف مع أزمات الحياة. لكن البعض يكونون أكثر عرضة من سواهم، حينما تجابههم بعض المواقف الجديدة الصادمة كما يحصل لهم عندما يغادرون أول مرة منازل آبائهم كما ألفوها، أو حينما يتقاعدون من العمل بعد حياة طويلة حافلة بالنشاط والعطاء. عمر الإنسان وحياته عامل مؤثر في تكيفه وفي تصرفه. فالشاب وهو في الثلاثين من العمر مثلاً يكون أقل تعرضاً للتأزم النفسي من الرجل وهو في الستين من عمره حينما يدرك أنه قد يصعب عليه أن يجد عملاً جديداً. وكذلك الحال بالنسبة للمرأة التي لا ولد لها فتواجه موقفاً صعباً إذ تحس أنها وحيدة، بخلاف المرأة المتوسطة العمر ولها أولاد تشعر أنها يمكن أن تلجأ إليهم عند الحاجة. فحال المرأة الأولى إحساس بفراغ ومن ثم خوف من مجهول، وشعور الثانية اطمئنان واسترخاء. وإن التكيف يختلف في الحالين لا شك.

اضطرابات سوء التوافق لا تقتصر على عمر دون آخر. فقد تبين نتيجة للبحوث والدراسات أن معظم الناس الذين ينشدون العون للتخلص من اضطراباتهم هذه هم في العشرينات من أعمارهم. لكن الأمر لا يتوقف عند هذه الأعمار. فالمراهقون، مثلاً، كثيراً ما يجلبون عناصر اضطرابات الضغوط الحياتية لأنفسهم بأيديهم: مثلاً تصدر عنهم:

1 ـ عوامل الهروب من مدارسهم.

2 ـ إهمال واجباتهم المدرسية.

3 ـ التسكع في الشوارع.

4 ـ السرقة من المخازن والبقالات.

5 ـ ارتكاب أعمال سلوكية أخرى مناهضة للمجتمع.

أما من هم أكبر سناً من المراهقين والشباب، فإنهم في الغالب يهوون فريسة للإكتئاب.

فاضطرابات سوء التوافق، إذن، شائعة بين كثير من الناس، وفي مختلف الأعمار، لكن تفشيها بين المسنين أكبر. فهم مثلاً يبدون من سوء التوافق لأتفه الأسباب، فكأن يظهرون العصبية الحادة عندما يزاحمهم أحد في شدة الزحام بين الناس. وإجراءات التشخيص الدقيق في هذه الحالات لا تتم كما يجدر أن تكون، ولا يتم التوصل إليها على ما يرام، وذلك للتداخل الشديد بين مختلف الأعراض الناجمة عن الاضطرابات المتشابكة.

ما هي أسباب سوء التوافق

الضواغط النفسية psychological stressors يمكن أن تتخذ في ظهورها إشكالاً شتى، من ذلك مثلاً:

1 ـ حوادث وأحداث عالمية كالحروب، أو القحط والجوع.

2 ـ أحداث وطنية تقتصر على مجتمع بعينه، كحدث معين يهز كيان أبناء ذلك الوطن جميعاً.

3 ـ أحداث أو حوادث إقليمية كالزلازل التي تصيب منطقة معينة.

4 ـ حوادث تخص جماعات محددة، كما في حالات التمييز العنصري.

5 ـ حالات محدودة، كما في حالة خسارة مباراة في لعبة كرة القدم الدولية، حيث يمنى فريق بهزيمة فيها.

6 ـ حالات على المستوى الفردي، كما في حالة الإصابة بمرض، مثلاً، أو عندما يصدم الفرد بخيانة صديق له إذ يتبين أنه أودع صديقه كل ثقته فإذا بهذا الصديق لم يكن صديقاً حقاً.

فالأمر في جميع هذه المواقف يتوقف على ما تعينه هذه المواقف للشخص الذي يتعرض لها. إذ من المستبعد أن يستجيب شخصان بنفس الطريقة لموقف مؤثر يتعرضان له.

والمفتاح الأساسي لفهم الاستجابات للضغوط هنا لا يعتمد على طبيعة

الضواغط ومصادرها وإنما يتوقف الأمر في حقيقة الوضع على الكيفية التي بها يستجيب الفرد إلى تلك الضغوط. فبعض الناس ينهارون، بينما ترى غيرهم يتماس ويجتهد للتعامل مع الظرف الطارىء الضاغط.

لماذا كل ذلك؟

الجواب على هذا يتمثل في حقيقة سيكولوجية تلك هي: أن لكل شخص (نقطة انهيار) نفسي psychological breaking point، تختلف تمام الإختلاف عن أي شخص آخر. والوضع كله يتوقف على جملة عوامل، منها مثلاً:

1 ـ طبيعة الضغوط ومصادرها.

2 ـ بنية شخصية الفرد.

3 ـ مزاج الشخص الذي يتعرض للضغوط.

4 ـ عمر الشخص.

5 ـ الجنس: ذكوراً كانوا أم نساءاً.

6 ـ الصحة الجسمية للفرد.

وأياً كانت الحال، فإن الأمر يعتمد على شدة الضغوط، وعلى مصادر الضغوط، وعلى تكرار الضغوط، وعلى نوعية الضواغط، وعلى تجارب المرء في الحياة.

كيف يحس المصاب باضطراب سوء التوافق

تختلف الأحاسيس المرتبطة باضطراب سوء التكيف اختلافاً كبيراً من درجاتها، ومن حيث حدتها، ومن حيث تباين خبرات الأفراد الذين يتعرضون لها. فإذا كان القلق، مثلاً، هو أساس المشكلة، فإن الفرد يصبح خائفاً، متطيراً، وجلاً، فتراه عصبياً طول الوقت أو معظمه. وفي حالة اقتران سوء التوافق بالاكتئاب، فإن الانفعالات المرافقة لذلك الاكتئاب تكون أكثر حدة فتظهر على الفرد أعراض مثل:

1 ـ الحزن،

2 ـ البكاء،

3 ـ الإحساس بالعجز أمام أي شيء،

4 ـ فقدان الأمل،

5 ـ الإحساس باليأس.

وبعض الناس يلازمهم نوع مزيج من سوء التكيف يتمثل بتداخل القلق مع مشاعر الكآبة. وهذه الحالات كثيراً ما تستمر مع الأشخاص الذين تنتابهم عوامل مختلطة من سوء التكيف والقلق والإكتئاب. ومثل هؤلاء الأشخاص تبدأ أعراض سوء التوافق تظهر عندهم بعد مرور ثلاثة أشهر تقريباً من بدايات تداخل عناصر مشكلاتهم المرضية المذكورة. لكن مدة استمرار الاضطراب تتفاوت من فرد إلى آخر، ومن حدث إلى سواه: ففي حالة الحوادث الصادمة العنيفة، أو في طول فترة المرض، تبقى الآثار المرضية عالقة بأصحابها فترات أطول، ويتوقف الأمر كذلك على عنف الضواغط stressor التي يتعرض لها المرء في حياته، وللإرادة هنا وعمق التجارب دخل كبير في التخفيف من وطأة الصدمة وعنف الضواغط.

من المضاعفات الخطيرة التي تترتب على سوء التوافق، في حالة عدم علاجه، أنه ينتهي بالفرد إلى الاكتئاب الشديد المزمن، والقلق المرضي باضطراباته المزعجة.

علاج سوء التوافق

الهدف من علاج اضطرابات سوء التوافق يرمي دائماً إلى تحسين قدرة الفرد لتمكينه من التكيف مع بيئته. وأن الوسيلة الأساسية في هذا العلاج هي التحدث إلى الشخص المضطرب. لكن الكلام العلاجي هذا يجب أن يكون صادراً من مختص بالطب النفسي، ووفق أسس علمية معروفة لدى المختصين.

وذلك يتم بصب المخاوف المؤلمة المختلطة بالمشاعر في قوالب من الألفاظ، وهذا من شأنه أن يقلل الضغط المتسبب عن الضواغط الحادة ويرفع من معنوية الفرد ويشحذ قدرته على التصدي للمشكلة التي هو فيها، وأن مرور الزمن يعد عاملاً مساعداً على الشفاء؛ وذلك بتضافر عنصري العلاج والوقت معاً. إذ ان تفهّم الخبرة المؤلمة وكيفية مواجهتها بالعلاج المطلوب يفضيان إلى مواقف يتمثل فيها النجاح. وفي الحالات التي تكون فيها الأزمة النفسية حادة ووقعها أشد إيلاماً واستمرارها لا يشير إلى إنتهاء، فإن ما يطلق عليه في التحليل النفسي (العلاج الرافد supportive theorapy)، يعد أنجع وسيلة في هذا المجال. فهذا العلاج المعين يساعد كثيراً على إزالة المشكلة والتخفيف من وطأتها.

وهناك في مثل هذه المواقف، ما يسمى بالعلاج النفسي العاجل أو السريع، وهذا مما يساعد الشخص على أهمية الحدث ومسبباته، ويجعله في صورة الحدث الذي هو فيه، ويجعله يواجه مشكلته بشكل ادعى إلى الموقف الصحي الصحيح، فيمكّنه من مواجهة الضغوط النفسية بشجاعة وفعالية، كما في الحالات التي تتم فيها العناية بالمسنين. ومما يجدر إتباعه من نصائح في هذه الحالات هي أن تشجّع الأشخاص على مواجهة المشكلات التي كانوا يتحاشون مواجهتها، هذا بالإضافة إلى:

1 ـ أن يدوّنوا في مذكرات خاصة بهم فترات الأعراض التي مروا بها، وخلال الأيام التي يراجعون فيها للعلاج.

2 ـ تعلمهم طرائف وتقنيات التخفيف من شدة الضغوط.

3 ـ تشجعهم على الانضمام إلى جماعات يأنسون الالتحاق بها غايتها التعاون فيما بين أفرادها لإزالة آثار المعزلة وتبديد مشاعر الخوف من الغربة النفسية. وفضلاً عما تقدم ذكره، فإن هناك أساليب أخرى للعلاج، من ذلك مثلاً:

أولاً: العلاج الجمعي، وفيه يتم جمع كل الأفراد الذين لديهم نفس الاضطرابات، على صعيد واحد ومن ثم يتم علاجهم. وهذا من شأنه أن ينسيهم آلامهم، ويمتص انفعالاتهم، ويجعلهم يحسون بجو من الاطمئنان.

ثانياً: العلاج ببعض العقاقير الطبية النفسية، وهناك عقاقير تصنّع الآن لهذا الغرض الخاص بحالات سوء التكيف. ولكن يجب استعمالها بإرشاد الطبيب النفسي المختص.

ثمة ما يسمى بالعلاج الذاتي Self-help، وأول خطواته هي أن تعترف في قرارة نفسك أنك تواجه ضغطاً من الضغوط النفسية. تلي ذلك خطوات أخرى، أهمها:

1 ـ العناية بالتغذية الصحيحة.

2 ـ تنظيم أوقات النوم.

3 ـ إجراء التمارين الرياضية المناسبة لكل عمر.

4 ـ التحدث عما تشعر به إلى شخص تثق به.

إضطرابات الضغط النفسي الحادة

بعض الأفراد الذين يتخطون بسلام خبرات مفزعة أو أحداثاً صادعة، تترسب في دواخلهم أعراض مرضية بالغة الحدة، فتكون أشد من اضطرابات سوء التوافق، بيد أن هناك فرقاً واحداً يميز بين الحالين. ذلك أن الذين يقاسون من شدة الضغوط النفسية، لا تبقى لديهم بواقي الصدمات التي مرت بهم، فلا تصدعهم ولا تكون هي أساس بلواهم، ولا مصدر شكواهم. الضغوط النفسية الحادة acute stresses، تصنف بأنها قلق كلاسيكي classic anxiety، يتسبب في توليد أعراض مرضية وبها يرتبط من بين أعراض القلق المرضي هذا، أعراض مرضية أخرى منها العرض التفكيكي dissociative: أي أنه عرض يشير إلى تفكيك وحدة الشخصية المتماسكة، فيظهر على الفرد المريض بذلك أنه يعاني من:

1 ـ تغيير في ذاته وكيانه.

2 ـ تشتيت في ذاكرته.

3 ـ تشويه في ادراكاته. فلا يعود يدرك مكونات بيئته كما كان يدركها قبل مرضه.

فالضغوط النفسية الحادة تبدأ أعراضها تظهر عند الشخص بعد مضي شهر من تاريخ تعرضه إلى صدمة الضواغط stressors العنيفة التي مرّ بها. وتستمر شدتها لمدة يومين في الأقل، ومن ثم تأخذ بالتلاشي التدريجي مدة أربعة أسابيع.

والسؤال الآن: ما مدى حدة اضطرابات الضغوط الحادة؟ هذه الضغوط تصيب كثيراً من الناس الذين يتعرضون إلى:

1 ـ كوارث طبيعية.

2 ـ أمراض جسمية مزمنة.

3 ـ حوادث عارضة.

4 ـ نزاعات ضاغطة.

فتلك الحوادث وخبراتها بالمؤلمة تنتج عنها أعراض ضغوط نفسية قاسية كما حدث ذلك لمعظم الناس الذين أصابتهم كوارث مثل حريق أوكلاند، وكاليفورنيا عام 1991، وزلزال منطقة سان فرانسسكو عام 1989، وغيرها من الكوارث الموجعة. إذ بينت الدراسات النفسية التي أجريت على الناس الذين شهدوا تلك الأحداث القاسية، أنهم أصبحوا متبلدين، ذاهلين، غير مكترثين لمباهج الحياة فيما بعد.

فاضطرابات الضغط النفسي الحاد تتأتى نتيجة لأحداث عنيفة تلمّ بالفرد أو بأفراد: فهي أحداث تقع فعلاً وتحصل لهم جالبة لهم هزات نفسية تكون أشبه بريح عاتية تقتلع في طريقها كل ما تمرّ به. وعندما يحس الفرد المتعرّض لذلك بأنه مهدد بذلك أو أنه لا حول له ولا قوة على مواجهة تلك الأحداث العنيفة، ينشأ عنده خوف شديد في داخله وقد يتولد في نفسه بسرعة، فيحيله شخصاً مذعوراً: وهذا الإحساس وحده يكفي لتفكيك شخصيته.

تناذرات الضغوط النفسية الحادة

هناك معايير ومحكمات يقوم على أساسها تشخيص اضطرابات الضغوط النفسية الحادة.

- التعرض إلى الحدث الصادم يمكن أن يترتب عليه:

1 ـ خوف شديد.

2 ـ أوهام تنجم عن تهديد وهمي بشيء ما.

خلال وقوع حدث للفرد أو بعده مباشرة، يمكن أن تنشأ عند الفرد، في الأقل ثلاث حالات مما يأتي:

1 ـ إحساس بالخدر النفسي، وبالاغتراب عن الواقع.

2 ـ إنحسار الإحساس بمكونات المحيط الذي يعيش فيه الفرد.

3 ـ استغراب كل ما يدور حول الفرد.

4 ـ فقدان الإحساس بأبعاد الشخصية والشعور بانفصامها عن البيئة.

5 ـ نسيان تفككي يجعل الفرد لا يتذكر أهم جوانب الصدمة التي وقعت له.

- الإصرار اللاشعوري على معايشة المشكلة التي حصلت، وتظهر أعراض ذلك في صورة من الصور الآتية:

1 ـ يسترجعها أمام ناظريه على شكل صور عقلية فيجسمها حتى كأنه يراها.

2 ـ يستعيدها على شكل أفكار وهمية.

3 ـ تعاوده على هيئة أحلام.

4 ـ يتخيلها على صورة أوهام.

- قد يصارع فكرة استذكار الأحداث التي روعته، ولكنه لا يدري ما الطريق السليم فيتعرض إلى توتر شديد.
- يمكن أن تلازمه أعراض القلق المرضي، ويكون مصحوباً بحالات مثل:

1 ـ مجافاة النوم.

2 ـ الغضب المستمر.

3 ـ التهيج السريع.

4 ـ حذر شديد لا مبرر له.

5 ـ حركات في الأطراف، ولكنها ليست إرادية.

- الإحساس بالعجز عن إنجاز المهمات المطلوبة نتيجة لنقص الكفاية وتناقص القدرات.
- استمرار الأعراض لمدة يومين في أقل تقدير، واستمرارها لفترة أقصاها أربعة أسابيع. فإذا طالت أكثر يجب اعتبار المشكلة غير عادية.
- تحري الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الأعراض، والتحقق منها فيما إذا كانت تلك الأعراض:

1 ـ فسلجية.

2 ـ نفسية.

3 ـ هل هي ناشئة عن تعاطي عقاقير ضارة... إلخ.

هناك أسئلة يجب أن تثار عندما يشكو إليك شخص من أنه يعاني من اضطرابات ضغوط نفسية حادة، من هذه الأسئلة مثلاً:

- هل الشخص الذي يشكو كان قد شهد، أو تعرض لصدمة أو حادث عنيف؟
- بعد مشاهدته لذلك الحدث المؤلم أو تعرضه له، هل بدأت تظهر عليه علامات تبلد انفعالي، واحساس بالغربة؟
- هل يبدو على الشخص ذهول عما يجري في بيئته؟
- هل أخذ يصنف بيئته بأنها مختلفة، أو أنها تغيرت، أو أنها غير حقيقية، أو أنها تبدو له/لها وكأنها حلم؟
- هل نسي الشخص أهم جوانب الصدمة؟
- هل طفق الشخص يستعيد أحداث الصدمة بشكل من الأشكال: كأنه يسترجعها على شكل صور عقلية، أو هواجس، أو أوهام أو تعاوده في أحلامه؟
- هل يكتئب الشخص أشد الاكتئاب عندما يذكره أحد بأحداث الصدمة؟

● هل لدى الشخص أعراض ظاهرة جراء ذلك الحدث الصادم، مثل: القلق الحاد، عدم النوم، التهيج حاد، قلة التركيز، الفزع الشديد؟

إذا كان الجواب عن تلك الأسئلة بالإيجاب، فإن المشكلة لا تعدو كونها اضطرابات نفسية حادية. وهذا يستدعي نصح الشخص بمراجعة مختص بالصحة النفسية والعقلية.

كيف تتم مواجهة الضغوط النفسية الحادة هذه؟

إغفال الضغوط النفسية الحادة هذه وإهمالها، من شأنه أن يؤدي إلى ما يأتي:

1 ـ ضجر الفرد من الحياة.

2 ـ تعرضه إلى الكرب distress النفسي.

3 ـ إهمال عمله.

4 ـ إهمال هيئته.

5 ـ هجران الناس فتسوء حالته وتتأزم علاقاته الاجتماعية مع زملاء العمل، ومع الناس من حوله.

ويكمن العلاج في اتخاذ عدة إجراءات منها:

1 ـ المواساة فيما حدث للشخص.

2 ـ حمايته بقدر الإمكان من المخاوف التي تولدت لديه نتيجة للصدمة الحادة.

3 ـ دمجه في جماعات مساندة.

4 ـ وصف بعض العقاقير الطبية النفسية.

5 ـ الجمع بين جميع هذه الإجراءات إذا اقتضت الضرورة.

6 ـ ينصح الشخص بأن يتحدث، قبل نومه، إلى شخص يثق به، فيحدثه عما حصل له، أو يتحدث بذلك إلى شخص كان قد واجه نفس المشكلة. فمن شأن ذلك أن يستل من نفسه رواسب الصدمة.

ونافلة القول في سياق العلاج، لا مندوحة من التأكيد على ضرورة العلاج النفسي psychotherapy. ولا بد من التوكيد هنا على ما يسمى بـ (العلاج النفسي الوجيز). ويتكون من (12 ـ 20) جلسة تجرى مع المريض الذي يعاني من آثار الصدمة النفسية. فهي أعراض لديه قد أخذت شكل اضطرابات ضغوط نفسية ولدتها صدمات عنيفة: posttraumatic stress disorders. وينصح بعدم إطالة فترات الجلسات أكثر مما ذكرنا قبل قليل.

وأول خطوة في العلاج ينصح بها في هذا المجال هي الطلب إلى الشخص بأن يعيد سرد مشكلة الصدمة، وأن يسهب في تفاصيل أحداثها. وأن يذكر كل دقائقها، وأن يضيف إلى كل صغيرة وكبيرة فيها، تفسيره الخاص، وماذا تعني إليه. وعلى المعالج أن يبني بينه وبين المريض علاقة قائمة على الثقة، بحيث تدخل على نفس المريض الطمأنينة وتشعره بالأمان، وأن كل أسراره في مأمن ولن يتسرب شيء منها. هذه العلاقة، وهذه الثقة، تجعلان الشخص يفتح أبواب فكره ونفسه، تلك الأبواب التي كانت موصدة بوجه انطلاق الخبرات التي كانت حبيسة فتفاعلت بشكل غليان أجّج مشاعر المريض مما جعل منه مرجلاً يغلي وهو لا يدري لماذا. وينبغي أن تستمر هذه الإجراءات إلى نهاية الجلسات.

ثمة أساليب تتّبع في العلاج النفسي للآثار المتبقية من اضطرابات الضغوط النفسية، منها مثلاً:

1 ـ العلاج السلوكي behavioural therapy.

2 ـ العلاج المعرفي cognitive therapy.

3 ـ التظهير من الحساسية systematic desensitization.

4 ـ العلاج بالاسترخاء والتدريب عليه relaxation training.

العلاج النفسي بأساليبه وتقنياته المتعددة يمكّن الفرد الذي يعاني من بواقي اضطرابات الصدمات الحادة، أن يتخلص من الذكريات المؤلمة، وأن يتقبل ما كان حدث له أنه واقع فاجع قد ولّى، وأن ما فات لا ينبغي له أن يترك ظلاله القائمة على المستقبل الآتي.

الفصل السادس

اضطرابات الإنتباه لدى الكبار

- ما هي مؤشرات اضطرابات الانتباه؟
- ما مقدار إنتشار اضطرابات الانتباه بين الكبار؟
- ما الذي يسبب اضطرابات الانتباه؟
- كيف يشعر مضطربو الانتباه؟
- الإسراع في العلاج.

ما هي مؤشرات اضطرابات الإنتباه؟

أهم المؤشرات الرئيسية الدالة على وجود اضطراب لدى الكبار البالغين هي:

- عدم الاستقرار المصحوب بالنرفزة.
- عدم القدرة على التركيز على فعالية تستوجب التركيز كالقراءة.
- تشتت الانتباه، كثرة النسيان، الشرود الذهني.
- كثيرة العصبية عند الانتظار، وأصعب ما عليه أن يقف في صف بانتظار دوره للحصول على شيء.
- الاحساس السريع بتقلبات المزاج.
- عدم الصبر على إنجاز أي عمل أو تحقيق أي مشروع.
- الصعوبة في حل أية مشكلة ومعاناة التعامل مع الزمن.
- التسرع، عدم الاهتمام، واتخاذ القرارات المتعجلة.
- عدم الصبر وقلة الاناة عند التعرض للضغط النفسي.
- كثرة الفظاظة والفوضى في السلوك الظاهري.
- الإتصاف بضعف التصور للأشياء الحسية.

تلك هي محكمات يستبان منها كم هو غريب أحياناً في سلوكه الإنسان. فهي محكمات ومعايير على أساسها يقاس إنتباه الإنسان في حالته اللاسوية. إنها توضح كيف يكون عدم التركيز في الانتباه عند اضطرابه سبباً في:

1 ـ الحركة المستمرة بلا سبب يدعو إلى ذلك.

2 ـ التجمع في الحركة، والتلوي في المشي والجلوس.

3 ـ فقدان السيطرة على الذات عند الجلوس: فلا يجلس فاقد الإنتباه مستقراً.

فمن طبيعة المصاب باضطرابات الانتباه أن تطفح على سلوكه الظاهري أمارات منها مثلاً:

1 ـ سرعة قطع الكلام على الآخرين.

2 ـ لا ألفة لهم مع زملائهم، ولا تجمعهم بغيرهم علاقة حميمة.

3 ـ أشد ما يزعجهم ويضايقهم انتظار غيرهم أو التمهل بانتظار أي شيء.

4 ـ يتشتت انتباههم بأبسط المنبهات.

5 ـ لا يثابرون على إتمام ما يوكل إليهم من مهمات.

6 ـ يتفجرون غضباً كالبركان، عندما يواجهون أي إحباط.

7 ـ يعتبرون الحياة اليومية، بالنسبة لهم ولمن يعاشرهم من أسرهم، حياة تتسم بالإجهاد والإملال والإرباك. فهؤلاء الناس الحركون، المندفعون بلا تأني، ينطبق عليهم تماماً الوصف الكلاسيكي: بأنهم ناشئون يسلكون بفعل فرط غير الهادفة، hyperactive youngsters بيد أنهم أناس كبار وليسوا بأطفال صغار. منذ أقل من عقد من السنين خلا، كان المختصون بالصحة النفسية يحسبون ما يسمى الآن (نقص الانتباه) attention-deficit وما يترتب عليه من فرط في الحركة hyperactivity disorder واضطرابها، كانوا يحسبونه أمراً فقط مقتصراً على الناشئين، وأنه شكل من أشكال الحيوية. وهذا خطأ في التشخيص، كما تبين فيما بعد. إذ لو كانت تلك الحركات الفارطة عند الناشئين هي مجرد نشاط حيوي لتجاوزها بالنمو وبالتعلم وبالخبرة. بيد أن ما اتضح بعد الدرس والتمحيص هو أن نصف أولئك الناشئين ممن كان سلوكهم سلوكاً حركياً اضطرابياً، لم يزايلهم ذلك السلوك فشبوا وكبروا وهم باقون على ما كانوا عليه من فوضى واندفاع فج لا ينمُّ عن نضج. فنتج عن ذلك كثير من مشكلات عدم الانتباه واضطراباته. فقد اتضح أن (25٪) من أولئك الناشئين ممن كانوا في حالة اضطرابات حركة غير عادية واضطرابات انتباهية، نشأوا ونشأت معهم اضطرابات الانتباه حتى بعد أن أصبحوا كباراً وبلغوا من الأعمار ما بلغوا.

مصطلح (اضطرابات الانتباه) قد حلّ الآن محل تعبير كان متداولاً، ذلك هو (الإختلال الوظيفي الضئيل في الدماغ): minimal brain dysfunction. أما

الحركة الفارطة hyperactivity اللاهادفة، فتشير إلى جملة مصاعب يعانيها الفرد المصاب فلا يقوى على التحكم بحركاته ولا يستطيع السيطرة على تنظيم انتباهه. وثمة فرق في بعض الأعراض بين الصغار والكبار. من ذلك مثلاً ترى الصغار:

1 ـ يتحركون بلا هدف.

2 ـ يندفعون منطلقين بلا سبب.

3 ـ يتشتت انتباههم من غير منبّه معيّن فهم مشتتو الفكر.

أما الكبار فيبدو عليهم ما يلي:

1 ـ تراهم يذرعون غرفهم مجيئاً ورواحاً، ولا هدف لذلك.

2 ـ تراهم يقعقعون بأصابعهم ويقصّفونها.

3 ـ يضربون الأرض بأقدامهم حتى وهم جالسون فكأنهم يرقصون جالسين.

قد ترى بعضهم ظاهرياً هادئين، أو هكذا يبدون، لكن الحقيقة هي أنهم لا يكملون قراءة فقرة من كتاب، ولا يركّون على شيء، ولا يتابعون قراءة قائمة من تعليمات فيما لو قدمت إليهم. وحالات كهذه ليست طارئة على أصحابها الذين يعانون منها ثم تزول، بل إنها تلازمهم كظلهم مدى حياتهم: فهي مزمنة وباعثة على الاكتئاب.

ما مقدار إنتشار اضطرابات الانتباه بين الكبار؟

يوجد بوجه عام ما بين (1٪ ـ 2٪) من الكبار ممن لديهم اضطرابات ومشكلات خاصة بالانتباه. وهذه النسب تشمل كلاً من الرجال والنساء. وهي خاصة بسكان الولايات المتحدة. فيكون المجموع الذي اتضح أنه يعاني أصحابه من مشكلات اضطرابات الانتباه، خمسة ملايين شخص، لا يستطيعون التحكم بحركاتهم وليس لهم سيطرة على دوافعهم. وهذه المشكلات لهي أكثر إنتشاراً حتى بين الأطفال، فهي أصابت بشرورها وتصيب (3٪ ـ 10٪) من الناشئين الصغار، وأن حوالي ثلاثة أرباع منهم هم من الأولاد الذكور.

وفي سن الرشد، يبدو أن النساء والرجال على حد سواء معرضون كثيراً

للوقوع فريسة لمشكلات اضطرابات الانتباه. ولكن الاحتمال الأكبر هو أن الأولاد الذكور، الذين تشخّص عندهم هذه الحالات، هم الذين تستمر معهم عادة وتلازمهم أكثر من البنات، إذ تظهر عندهم أعراض مشكلات اضطرابات الانتباه أبكر فتستمر معهم أكثر. والاحتمال القائم أيضاً أن الإناث يمكن أن تتطور لديهن هذه المشكلة في مراحل لاحقة.

ما الذي يسبب اضطرابات الإنتباه؟

اضطرابات الانتباه وما يصاحبها من اضطرابات في الحركة الفارطة، يمكن أن تنشأ نتيجة خلل في وظيفة الدماغ. وبفضل توفر الأجهزة المتطورة وحسن استخدامها وفق تقنيات متقدمة، تمكن الباحثون في المعهد الوطني الخاص بالصحة العقلية National Institute of Mental Health، من قياس طبيعة النشاط الأيضي metabolic activity، في داخل الدماغ، ومنه تبينوا كيف أن أعراض الانتباه واضطراباته كانت موجودة في دماغ الكبار منذ الصغر وكيف نمت معهم فظهرت أعراضها عندهم عندما بلغوا سن الكبار. فقد تمت في هذه البحوث مقارنة ما يجري في أدمغة المصابين من الصغار مع أدمغة أقرانهم الأصحاء، فاتضح أن في أدمغة المصابين الصغار هؤلاء تتمثل مادة الكلوكوز، وهي مصدر نشاط الدماغ في هذا العمر، بمعدل أقل ممّا تتمثلها أدمغة أقرانهم الإعتياديين. وعندما يكون التمثل هذا بطيئاً، ولا سيما في مناطق الدماغ التي توجه الحركة وتتحكم فيها، فإن النتيجة هي ظهور اضطرابات الانتباه وعدم القدرة على السيطرة على الحركات الهادفة.

يجدر التأكيد هنا أن هذه الأعراض يمكن أن تكون مرتبطة بالوراثة أيضاً. ولعله يكثر انتشار وراثتها بين الأقارب أكثر من انتشارها بين الأباعد. لكن أمر وراثتها قائم في جميع الأحوال. فهي تورث بين الناس الذين لديهم هذه الأعراض على أية حال. وقد كشفت الدراسات أن حوالي ثلث الأطفال الذين شخّصت حالاتهم أنهم يعانون من اضطرابات الانتباه الناجمة عن الحركات المفرطة غير الطبيعية، إنما هم قد ورثوها من أحد الأبويين أو من جهة أحد

الأقرباء للأبوين. وفي حالات أخرى، إتضح أن بعض الحالات تتأتى نتيجة خطأ وقع أثناء الحمل، وبخاصة في الفترة المتوسطة منه، فيؤدي إلى عطب يصيب دماغ الجنين بشكل أو آخر.

رغم مرور سنين طويلة من النقاش لم يتضح لحد الآن أي أثر للحساسية ضد طعام معين، ولا أثر كذلك للسكر، أو لإصابة الدماغ، أو لآثار التعرض لضوء الفلورسّان، ليس لهذه أي تأثير على إصابة الإنسان باضطرابات الإنتباه. وتجدر الإشارة هنا إلى أن دراسات قد تمت في هذا الصدد تبين منها أن اضطرابات الغدة الدرقية يمكن أن تسهم في اضطرابات الانتباه أيضاً.

كيف يشعر مضطربو الإنتباه؟

يحيا الأفراد المصابون باضطرابات الإنتباه، حياة ملؤها التشويش، وحافلة بالإحباطات. ذلك لأن عمليات تفكيرهم تختلف تمام الاختلاف عن غيرهم وأن تفكيرهم قابل للتشويش والتشتيت بسرعة. فكم من مرة حدث فيها أن مضطرباً في الانتباه غيّر غايته وسار على غير هدى. فقد حدث مثلاً أن سار أحدهم من دائرته التي يعمل فيها إلى مكتب البريد، لكنه بدلاً عن ذلك، وبدون وعي منه، عرّج على مخزن من المخازن فابتاع لنفسه معطفاً ثميناً أو ساعة يد، بدلاً من إتمام هدفه الأساسي وهو إرسال رسالة، الذي من أجله غادر مكتب عمله.

فقد يحصل أحياناً أنهم أثناء أداء عملهم المكتبي يؤدونه بشكل منتظم، لكنهم ما أن يغادروا مكاتبهم لينتظروا الحافلة التي تقلهم إلى منازلهم، أو عندما ينتظرون قدوم الطائرة التي تنقلهم إلى وجهتهم التي يقصدون، أو حينما يطلب إليهم انتظار دورهم كغيرهم، إذ ذاك يغتمّون أسوأ الإغتمام وتسوء حالتهم فكأنّ مصيبة حلت بهم!

بالنسبة للرجال والنساء الذين نشأوا في أواخر الستينات وأوائل السبعينات، عندما تم أول مرة اكتشاف اضطرابات الانتباه عند الأطفال، كان

أول أولئك الرجال والنساء قد أدركوا أن ثمة شيئاً مغلوطاً يدور في أنحاء أجسامهم، لكنهم لم يكونوا يعرفون كنهه. ولعدم معرفة اضطرابات الإنتباه يومذاك فإن معلميهم قد وصفوهم بأنهم متأخرون في دراستهم. وعندما خرجوا إلى دنيا العمل أخذ مستخدموهم في العمل يصنفونهم بأنهم هذّارون، متهرّبون، وأن أسرهم قد تصفهم بأنهم أناس مشكلون. (إنني دائماً اعتقدت بأني شخص أحمق ومغفل) هكذا وصف نفسه، شخص في الثامنة والثلاثين من العمر. وكان بذلك ينحي باللائمة على سوء التشخيص الذي لم يكتشف اضطرابات انتباهه، مما أفقده عدة أعمال كان يكسب منها عيشه. وكان كثيراً ما ينسى دفع الضرائب، وكثيراً ما ينسى دفع فواتير التلفون والكهرباء مما ترتب عليه حدوث مشاكل له. وقد وجد في النهاية الراحة لنفسه، بعدما اكتشفت أسباب اضطرابه عقب اكتشاف اضطرابات الانتباه التي كان يعاني منها إبنه. إذ وجد أن اضطرابات انتباه ولده كان وراثياً، فوجد السبب كامناً في الأب، فعولج كل من الابن والأب معاً.

عندما تلاحظ على الكبار اضطرابات الانتباه، فإنهم في الغالب يذكرون ما يصفه بعضهم بـ (تشتت الانتباه الداخلي) internal distractibility. فهم يفشلون:

1 ـ في تركيز الانتباه على التفاصيل.

2 ـ يقومون بأخطاء تنم عن عدم إهتمام.

3 ـ صعوبة في التركيز.

4 ـ يصعب عليهم الاستمرار في الانتباه.

5 ـ لا يستطيعون التركيز على أكثر من عمل.

6 ـ يستعصي عليهم تنظيم أفكارهم حول شيء معين.

بعض مضطربي الإنتباه يمكن أن ينجحوا في أعمالهم، لكن هذا في القليل النادر. والمحظوظ من مضطربي الإنتباه من يدرك أسباب علته فيراجع المختصين بقصد العلاج. بعضهم يختار أعمالاً خاصة به حتى لا يتعرض إلى تهديد خسران عمله، في حالة عمله لحساب غيره.

إن عدم قدرة الكبار على التركيز بسبب اضطراب الإنتباه يعد أمراً ثقيلاً عليهم في حياتهم. فتراهم يتنقلون من عمل إلى آخر، لعدم رضا جهات العمل عنهم، ولا تجدهم يستقرون في مكان واحد فترة طويلة. علاقاتهم بغيرهم دائماً قصيرة الأمد، وفي الغالب تأخذ طابع الزوبعة. وحياتهم تتسم على الأكثر بأنها:

1 ـ حياة تصطدم بنهايات مغلقة.

2 ـ تتسم بانعطافات خاطئة.

3 ـ تكون مليئة بالإحباطات.

4 ـ كثيراً ما تنتهي جهودهم بالإخفاق.

ونتيجة لذلك فإنهم يلجأون إلى تعاطي الكحول والمخدرات. ويكثرون من الحوادث. ويخرقون القوانين. فتتفاقم حالاتهم سوءاً، إذ تتولد لديهم اضطرابات عقلية إضافية أخرى، فيحاولون الإنتحار أو ينتحرون، فيكون مثلهم كالذي يقفز من المقلاة إلى النار.

أكثر الكبار الذين يعانون من هذه المشكلة نراهم ينشدون العلاج لأسباب أخرى لا صلة لها بأساس مشكلتهم فمعظمهم قد تطورت لديهم مشكلات وأعراض غير تلك التي كانوا يشكون منها في الأصل، من ذلك مثلاً: ينشأ عندهم قلق واكتئاب. فبعضهم يكون مصدر اضطرابهم الحصول على المال، أو صعوبة حفاظهم على علاقات تربطهم بسواهم: إنسانية كانت أو عاطفية. وترى فريقاً من الناس قد ظفر بعمل طيب، مضطرباً في كيفية المحافظة على ما نال، أو تراه يفكر كيف يحظى برضى الناس. ويحصل أحياناً أن أبوين لطفل شخّصت حالته بأنه يعاني من عوز في الانتباه، لذا يسارعون إلى الاعتراف بأنهما يقاسيان من نفس الأعراض لذلك يطلبان العلاج عند ذاك.

لذلك، إذا كنت تشك أنك تعاني من اضطرابات انتباهية، أو أحد غيرك يشكو من ذلك، فإليك أسئلة إطرحها على ذاتك:

1 ـ هل أنت دائب على الحركة التي لا سيطرة لك عليها بصورة مزمنة؟

2 ـ هل يتشتت إنتباهك بسرعة؟

3 ـ هل تجد صعوبة في فهم ما تقرأ، وهل لديك صعوبة في إنجاز أي عمل؟
4 ـ هل أنت سريع الغضب وأنك تستثار لأتفه الأسباب؟
5 ـ هل أنت إندفاعي ومتهور؟
6 ـ هل تكوّن علاقات بسرعة وتنهيها بسرعة أيضاً؟
7 ـ هل تضطرب بسرعة؟

وجد نتيجة للدراسة أن كثيراً من الناس يجيبون بـ (نعم) على أسئلة كهذه. ومن ذلك يستدل أن المشكلة تكمن في اضطرابات الانتباه. وتشخيص هذه الحالات يكاد يكون صعباً لتداخل أعراض هذا الاضطراب مع أعراض أخرى. وقد تم تطوير مقياس لتقدير حالات كهذه، ويعتمد هذا المقياس على استعادة ذكريات الطفولة، مثل:

1 ـ صعوبة التركيز.
2 ـ كثرة أحلام اليقظة.
3 ـ كثرة الحركة بلا مبرر.
4 ـ التدني في إنجاز الواجبات.

فإذا تبين أن هذه الأعراض قد بدأت حديثاً، أو إذا اتضح أنها تظهر فقط في ظروف معينة، فالمشكلة تكمن في هذه الحالة في مكان آخر من حياة الشخص: كأن تكون مشكلة انفعالية من نوع مغاير لاضطراب الإنتباه.

والعلاج الناجع في مثل هذه الحالات يتمثل في عدة إجراءات، وفق جملة تقنيات، منها:

1 ـ علاج نفسي.
2 ـ علاج ببعض العقاقير.
3 ـ علاج مهني أكاديمي وهو إجراء جديد.

وحقيقة الحال هي كما عبّر عنها لاري سيلفر Larry Silver، أحد الأطباء النفسانيين المعاصرين: (نحن لا نهدّىء الناس المرضى أو نعيد إليهم توازنهم مؤقتاً، بل نحن نعالجهم ليعودوا أناساً أسوياء).

الفصل السابع

وللنوم اضطراباته

- اضطرابات النوم مشكلة كل الأعمار.
- ما أهم هذه الاضطرابات؟
- النوم الطبيعي.
- الأرق.
- ما أسباب الأرق.
- العلاج.
- هل هناك اضطرابات نوم أخرى؟

اضطرابات النوم مشكلة لكل الأعمار

في كل ليلة تجد واحداً من بين كل ثلاثة أشخاص، يعاني من مشكلة الإخلاد إلى النوم. إذ تجده يكابد الأرق ويشكو من صعوبة السهاد فلا يستطيع النوم. وقد ورد في تقرير أعدته اللجنة الوطنية National Commission عن اضطرابات النوم Sleep Disorders Research، وضحت فيه أن هناك (40) أربعين مليون من الرجال، والنساء، والأطفال، يعانون من مشكلات النوم المزمنة Chronic. وجاء في البحث نفسه أن هناك (20 ـ 30) من الناس الآخرين ـ غير الأربعين مليون ـ يواجهون صعوبات تتعلق بما يريدون التنعم به من النوم أو من راحة البال.

يعرف المختصون بالصحة العقلية، اضطرابات النوم بأنها: **منغّصات تلازم بعض الناس فتؤثر على كمية النوم ونوعيته، الأمر الذي يجعل قدرة الفرد أقل كفاية (كفاءة) في الأداء الوظيفي الاعتيادي، فترة تستمر شهراً أو أكثر.**

ولا تقتصر اضطرابات النوم على الأرق وحده؛ بل إنها تتخذ أشكالاً شتى، وأنماطاً كثيرة، منها:

1 ـ الأرق insomnia: قد تكون أسبابه اضطراباً إنفعالياً مؤقتاً، وقد يتخذ خاصية دائمية تجعل النوم مستعصياً. فمنه أرق وقتي يرتبط بالحالة الفيزيقية للفرد كالتعب الشديد، أو تغيير مكان النوم، أو تغيير نوعية الأكل، وربما يعزى إلى تناول بعض العقاقير المنشطة التي يستمر أثرها فترة طويلة، أو تناول بعض الأدوية بصورة غير صحيحة. وقد يرجع الأرق إلى الخوف أو إلى بعض الحالات القلقية الحادة.

2 ـ النُوام، أو الإفراط في النوم hypersomnia: وهذه مشكلة أخرى من مشاكل اضطرابات النوم يستغرق الفرد فيها ساعات طويلة من النوم بشكل

غير اعتيادي ويستمر النوم أحياناً ساعات طويلة ليلاً ونهاراً.

3 ـ اضطرابات دورة النوم circadian rythm sleep disorders: وهي مشكلات تتعلق بالأرق فلا يستطيع الفرد أن يغفو، أو ينام قليلاً ثم يستيقظ ويبقى على حالة الاستيقاظ هذه فترات طويلة. ويكون استيقاظه عادة في أوقات منتظمة يمكث بعدها يستعطف النوم.

4 ـ اضطرابات ما وراء النوم parasomnia: وهي اضطرابات تحدث أثناء النوم.

هناك نمطان من أنماط اضطرابات النوم:

أولاً: اضطرابات نوم رئيسية primary sleep disorder، وهذه لا تقترن بأي اضطراب طبي أو عقلي.

ثانياً: اضطرابات نوم ثانوية secondary sleep disorders، وهي أعراض symptoms تدل على مرض جسمي، أو مرض نفسي، أو مرض عقلي، وتشير إلى أنها ناتجة أيضاً عن ضغوط نفسية stresses، أو عن تعاطي الكحول، وعن تغييرات في أوقات العمل، أو عن كثرة الأسفار والتنقل المستمر.

هناك اضطرابات شتى تحرم الفرد أحياناً من النوم، قد تستمر شهراً أو أشهراً.

ما أهم هذه الاضطرابات؟

أهم أعراض هذه الاضطرابات هي الآتية:

- صعوبة استجلاب النوم أو البقاء نائماً فيما إذا غفا.
- عدم الإحساس بالانتعاش بعد انقضاء فترة النوم، وعدم الشعور بالتوازن الذي يعقب النوم عادة.
- الإحساس بالنعاس التام خلال النهار.

- عدم القدرة على مقاومة هجمة النعاس أثناء النهار وتراخي العضلات تبعاً لذلك.
- كثرة الهلوسات وتراخي العضلات خلال النهار بحيث يصعب تحريك العضلات الرئيسية قبل محاولة النوم وخلاله.
- ضياع فترات من الوقت عبثاً سواء أثناء العمل اليومي أو عند التنقل في الرحلات الخاصة بالعمل.
- عدم القدرة على النوم وعدم القدرة على الاستيقاظ أو النهوض من الفراش في الأوقات المطلوبة كما يحصل للذين لا يعانون اضطرابات كهذه.
- التعرض لأحلام جد مخيفة أثناء دقائق النوم.
- الاستيقاظ المفاجىء المصحوب بالبكاء نتيجة رؤية أحلام مفزعة.
- تكرار السير أثناء النوم دون علم بما حدث، فلا يعلم الفرد في اليوم التالي أنه مشى في نومه.
- الشعور بالضيق والكرب خلال النهار مما يتدخل في نوعية عمل المرء وعلاقاته بغيره.

النوم الطبيعي

نوم ليلة هادئة نوماً اعتيادياً يتألف من عدة مراحل stages ومن جملة أنماط types من النوم. وأهم هذه المراحل:

1 ـ المرحلة الأولى، أو المرحلة رقم (1) تسمى منطقة الغسق twilight zone، أو بدايات التغفيق: أي البداية التي تقع تماماً بين حالة الصحو الكامل وحالة النوم. في المرحلة الغسقية هذه يفرز المخ ذبذبات غير منتظمة، ويحدث موجات كهربائية سريعة. في هذه المرحلة ترتخي العضلات؛ ويكون التنفس مرتاحاً ومتساوي السرعات.

2 ـ المرحلة الثانية، أو المرحلة رقم (2)، وتكون موجات المخ خلال هذه المرحلة أكبر مما في المرحلة رقم (1)، وتتخلل الموجات الكبرى هذه

إنبعاجات فجائية بدون مقدمات، وهذه الانبعاجات أو الومضات، كما تسمى أحياناً، تمثل نشاطاً كهربائياً يصدر عن المخ أثناء هذه المرحلة من النوم.

3 ـ المرحلة الثالثة هذه تتضمن مرحلتين متزامنتين: هما مرحلة رقم (3) مقترنة بالمرحلة رقم (4). وتكون الموجات المخية في هاتين المرحلتين أبطأ، وأكبر، ويطلق عليها مصطلح (دلتا) delta، ويسمى النوم خلالها (نوم الموجات البطيئة).

بعد مضي حوالي (90) دقيقة من النوم الهادىء عبر رحلته في المراحل الأربع المذكورة، ينتقل المخ إلى حالة من النشاط العالي، يتسم بحركات سريعة في العينين، ويوصف النوم خلالها بـ (نوم حركة العينين السريعة). ونوم حركة العينين السريعة يكون أقرب إلى حالة اليقظة منه إلى حالة النوم الهادىء. وأن العضلات الكبيرة لجذع الجسم، والذراعين، والساقين، هذه كلها لا تستطيع الحركة خلال مرحلة حركة العينين حركة سريعة، علماً أن أصابع اليدين، وأصابع القدمين يمكن أن تتثنى، أو ترتعش. ويكون التنفس سريعاً ولكن ليس عميقاً. وتزداد سرعة الدم الجاري في خلايا المخ. وإذا ما حلم المرء أثناء هذه المرحلة، فإن حلمه يكون واضحاً أشد الوضوح.

خلال دورة الراحة الليلية هذه، يمضى النائمون الكبار أثناءها حوالي 75٪ وهم في نوم تكون حركة العينين فيه في حالة حركة بطيئة، و25٪ من بقية الوقت يمضونها في نوم تكون حركة العينين فيه في حالة حركة سريعة. في القسم الأول من النوم الليلي هذا، يكون أطول فترة نوم يمضيها النائم وعيناه في حالة حركة بطيئة. وهذه الفترة الطويلة من النوم تأتي ضمن المراحل الأربع المذكورة من قبل، لذلك فهي أطول مراحل نوم يمرّ بها النائم. لكنها تبدأ بالتقاصر التدريجي أثناء الليل، وتأخذ حركات العينين السريعة مقابل ذلك بالطول. وأول فترة من فترات حركة العينين السريعة، تستمر عادة حوالي (10) عشر دقائق، وفي الفترات التي تلي الفترة الأولى هذه، فإن الفترات تبدأ تطول أكثر فأكثر، إذ تمتد (15) دقيقة، ثم (30) دقيقة، وهكذا دواليك. ودورة النوم هذه الموصوفة آنفاً تتكون عادة في حالاتها النموذجية (4

ـ 5) دورات cycles، من الدورات التي يمرّ بها الفرد في نوم حركات العينين فيه بين بطيئة وسريعة.

الحاجة إلى النوم وأنماطه تتغير تغيراً كبيراً خلال مسيرة الحياة التي بمر بها الشخص. فمن أوائل حياة الطفولة المبكر حتى حياة الرشد adulthood، تأخذ فترات النوم التي يحتاجها الفرد بالتناقص حتى تبلغ النصف عند سن الرشد. فمعدل ما يحتاجه الكبار من النوم ليلاً هو (5 و7) ساعات عادة. لكن هذه المدة من النوم يتطلب الأمر أن تكون أطول في الحالات الآتية:

1 ـ عند المرض.

2 ـ عند تعرض المرء إلى ضغوط نفسية.

3 ـ عندما يواجه المرء تحديات عقلية.

4 ـ عندما يتعرض الجسم إلى إرهاق ومتاعب عضلية.

5 ـ بعض النساء يتعرض النوم عندهن إلى التغير والاضطراب أثناء دورات الطمث.

تجدر الإشارة إلى أن كمية النوم تبدأ تتناقص تناقصاً يكاد يكون حاداً أحياناً مع تقدم العمر: فبعض المسنين من الجنسين، رجالاً ونساء، لا ينامون أكثر من (6) ست ساعات في الليلة الواحدة. وكذلك نوعية النوم تتغير بتغير الأعمار. غير أنه ينبغي التنويه هنا بأن بعض الأشخاص، ومن مختلف الأعمار، هم ممن يوصفون عادة بأنهم من (قليلي النوم) short sleepers. فهذا النوع من البشر لا يحتاجون إلاّ إلى أقل من (6) ست ساعات نوم يستيقظون بعدها في اليوم التالي وكلهم نشاط وحيوية. وعلى العكس من هؤلاء، هناك فئة من الناس ممن يطلق عليهم (كثيري النوم) long sleepers. فهذا الفريق من البشر ينامون في الغالب (10) عشر ساعات، ولا يرتوون من النوم.

التعرف على ما هناك من فروق بين حالات النوم الاعتيادية وغير الاعتيادية: السوية منها وغير السوية، يتوقف الأمر فيه على الحكم الذاتي subjective judgment. إذ أن الأفراد أنفسهم هم الذين يمكنهم القول فيما إذا كانوا قد أصابوا من النوم ما يكفي بحيث يستطيعون ممارسة أعمالهم اليومية

كما يجب. لكل فرد، على ما يبدو، (شهية) إلى النوم، لكنها (شهية appetite نوم فطرية خلقت فيه البرمجة الجينية للنوم، شأنها شأن لون الشعر عند المرء، وشأنها أيضاً شأن الطول، ولون البشرة. وهنا لا معدى من القول بأن حوالي (2٪) من الناس يمكن أن يكتفوا بـ (5) خمس ساعات فقط من النوم؛ وهناك أقلية جداً من الناس ممن يحتاجون ضعف هذه المدة وهذه الكمية من النوم لكي يشعروا بعدها بالراحة.

الأرق

يعرف الأرق بأنه قلة النوم قلة حادة إلى حد أنها تتدخل في قدرة الشخص على استنجاز مهماته الحياتية في اليوم التالي. تجد بعض الناس يستسلمون إلى النوم خلال (30) دقيقة من وقت ايوائهم إلى الفراش، بينما نجد آخرين يبقون يتقلبون في فراشهم ساعات طوالاً بأكملها. وبعض الناس تراهم يستيقظون عدة مرات في الليلة الواحدة، فلا يحسون بالنشاط والحيوية في اليوم التالي.

الأرق في معظمه يعدّ أمراً عابراً، وأكثر ما يحدث للمرء بعد مروره بحدث كبير يتعرض له في حياته، سواء كان الحدث هذا إيجابياً أو سلبياً، كما في:

1 ـ حالات الزواج.

2 ـ الانتقال إلى عمل جديد.

3 ـ الانتقال إلى مكان بعيد عن العمل.

4 ـ الانتقال إلى مدينة جديدة.

5 ـ التهديد بفقدان العمل... إلخ.

قد تستمر فترات الأرق هذه مدة (3 ـ 4) أيام، ثم تأخذ بالتلاشي. أما في الحالات التي تكون الأحداث في حياة الفرد كبيرة، فإن الأرق قد يستمر

فترات تمتد مدة تصل حوالي أربعة أسابيع، من الأحداث الكبيرة التي تسبب كل هذا الأرق للإنسان وهي حالات:

1 ـ الموت.

2 ـ الضغوط النفسية المستمرة.

3 ـ الطلاق.

4 ـ المرض.

أما الأرق الطويل الأمد فإنه، بخلاف حالات الأرق العابر، يمتد حتى يصل شهوراً بحالها أو أعواماً كاملة.

فالأرق حالة تلازم كثيراً من الناس. إذ يقدّر أن هناك حوالي (15 ـ 30٪) من الناس البالغين يراجعون مختصين بالطب النفسي وهم يشكون من أرق يلازمهم كل ليلة تقريباً. وتبين أن حوالي (30٪) منهم أصبح أرقهم مشكلة لهم إذ غدا مزمناً في حياتهم. لهذا فإن الأرق يمكن أن يحدث في أي عمر، لكنه يزداد بازدياد تقدم الإنسان في عمره. فمن المحتمل جداً أن تجد كثيراً من الشباب يشكون من هذه الظاهرة. ولكن كلما تقدم الإنسان في السن ازدادت لديه مشكلة الأرق المنغص للحياة.

ما أسباب الأرق؟

في حالة الأرق الرئيسي، قلة النوم نفسه هي المشكلة الأساسية. يخمن الباحثون تخميناً، حتى الآن بطبيعة الحال، إن بعض الأفراد ربما يحملون في تكوينهم الفسلجي بعض خصائص الاضطراب اللاسوي يكمن في بنية تركيبة أجسامهم، ومكان هذا الاضطراب والخلل الفسيولوجي في مناطق المخ المسؤولة عن تنظيم النوم، وهذا الخلل يكون مرافقاً لهم في تعكير صفو نومهم من الطفولة. وهذه المشكلة تصحبهم عبر رحلة حياتهم فيكونون من الناس الذين يطلق عليهم بأنهم (خفيفو النوم) light sleepers، لذلك فهم

سرعان ما تؤثر فيهم الضوضاء، وتغير الحرارة، وما أسرع ما يؤرقهم القلق.

أما الأرق الرئيسي فإنه عرض من أعراض شيء آخر يدل على خلل ما. من ذلك مثلاً:

1 ـ الضغوط النفسية stresses.

2 ـ الآلام الجسمية physical pain.

3 ـ مضايقات أو مرض معين discomfort or illness.

4 ـ اضطراب نوم من أسباب مصاحبة another sleep disorder.

5 ـ أسلوب من أساليب العادات في الحياة lifestyle habite، مثل، عدم تنظيم ساعات النوم، أو الاستثارة الطارئة، أو القلق حول حدث معين في حياة المرء. واضطرابات النوم الحادة ومصاعبه ومتاعبه تتحول أحياناً إلى اضطرابات ومشكلات ومتاعب دائمة مزمنة تلاحق الفرد كلما أراد الإخلاد إلى النوم. وإن بعض الأشخاص، وإن صادفتهم مشكلات محددة في وقت ما من حياتهم، فإنهم سرعان ما يعاودون نومهم الاعتيادي بعد يومين أو أكثر، في حين أن بعضهم يلازمهم الأرق فترات طويلة، وأن بعضهم الآخر بعدما يعاوده نومه، تراه يرجع إلى نفس الحالة القديمة ونفس الأرق القاتل بمجرد حدوث شيء بسيط استجدّ في حياته. فهذا النمط من الناس يقلقهم عدم نومهم، لذلك يصبحون في قبضة القلق والأرق، فتستمر المشكلة مستحكمة فيهم أسابيع طويلة، وأحياناً تمتد أشهراً، وفي أحايين أخرى تصاحبهم سنيناً بأكملها.

هناك ما يسمى بالأرق المكتسب learned، أو الأرق السلوكي behavioural insomnia. واتضح أن هذا النوع من الأرق يصيب بمتاعبه حوالي (15٪) من أولئك الذين يكابدون الأرق الدائم ويطلبون النجدة من المختصين في المراكز النفسية للتخلص من ربقة مشكلاتهم الأرقية هذه. وقد وجد نتيجة للبحث أن الأفراد الذين يعانون من أرق مكتسب، يمكن أن يناموا في أي مكان آخر ما عدا فراشهم المعتاد: فهم ينامون مثلاً على خير ما يرام من النوم أثناء القراءة في مكان ما، أو خلال مشاهدة فلم، فينامون كذلك على مصطبة في الشارع، أو على كرسي في الفندق، وليس في المنام

المعتاد، أو ينامون بسرعة فوق أريكة في المختبر الذي يعملون فيه... إلخ.

تبين الدراسات أيضاً أن حوالي ثلث أولئك الذين لديهم نوع من أنواع الأرق المزعج يعانون من اضطرابات عقلية كامنة فيهم، وغالباً ما يكون الاكتئاب سبب اضطراباتهم العقلية تلك، أو قد يكون القلق الحاد.

أية مشكلات أخرى، كالأمراض الجسمية، والرضوض المؤلمة، والآفات التي قد يتعرض لها الدماغ، هذه كلها يمكن أن تكوّن أسباباً تلحق بالإنسان معاناته من الأرق.

يضطرب النوم أحياناً جراء ألم في الساقين أو بسبب آلام تصيب الإنسان عندما يتحرك خلال اضطجاعه في فراشه ليلاً، وتسمى تلك الآلام بـ (الإختلاجات المؤلمة الليلية) nocturnal myoclonus، وربما يتسبب الأرق نتيجة لآلام في المفاصل، أو في الساقين: ويطلق على ذلك تعبير (ألم السيقان المضطربة) restless legs، وهو مرض يتصف بضيق وألم يصيب الأطراف السفلى فيؤلم الإنسان عندما يريد النوم. وغالباً ما يضطر الألم هذه الشخص المبتلى به إلى الاستيقاظ ليلاً فيبقى ساهراً ويلبث يتجول في حجرته. وبذلك تتضاعف مشكلاتهم التي مصدرها الأرق والتعب خلال النهار.

وجد نتيجة البحث والتحميص أن من أسباب الأرق أيضاً:

1 ـ إدمان الكحول.

2 ـ تعاطي المخدرات.

3 ـ تعاطي الوصفات الطبية بدون وعي ولا معرفة، إذ إن الإكثار منها يطرد النوم.

4 ـ أخذ المهدئات والمسكنات يعدّ من عوامل الضرر البالغ.

5 ـ تعاطي حبوب منع الشهية للطعام بقصد استجلاب الرشاقة.

6 ـ اضطرابات الغدة الدرقية، والأدوية لعلاجها، أيضاً من أسباب اضطراب النوم والأرق.

7 ـ النيكوتين.

8 ـ استنشاف مواد توسيع المنخزين.

9 ـ كثرة الكافايين.

10 ـ عقاقير علاج المخاط (صعوبة التنفس).

تلك كلها مسببات تسهم في تراكم الأرق ومشكلاته.

العلاج

الناس الذين يعانون مشقات الأرق لا يكابدونها ليلاً فقط، بل هم يقاسونها أثناء النهار كذلك. إذ إن فقدان النوم يمكن أن يفضي إلى حالات مزعجة كثيرة، من بينها:

1 ـ سرعة الغضب والتهيج المستمر.

2 ـ صعوبة في التذكر والتركيز.

3 ـ خسران تكوين علاقات شخصية واجتماعية واسعة.

عندما يشعر المرء بأن الأرق ممكن أن يكوّن له مشكلة، فثمة أسئلة عليه أن يطرحها أو أن يتملاها:

- هل مرّت هناك مشكلات تتعلق بالأرق؟
- هل تحس عندما تستيقظ أنك لا تشعر كونك مرتاحاً؟
- هل تشعر بالتعب الشديد إلى حد أنك لا تستطيع أن تؤدي مهماتك بشكل يبعث على الرضا؟
- هل مرت هناك مشكلات شعرت خلالها بالأرق فلم تستطيع النوم لمدة شهر أو أكثر؟
- هل لازمك أثناء تلك الفترات من الأرق شعور بأنك مبتئس؟

الإجابة على معظم هذه بالإيجاب، يتضح منها أن المشكلة لا تعدو كونها مشكلة مصدرها الأرق بل إنه الأرق بعينه.

إن ما يترتب على الأرق من مشكلات قد لا تكون غاية في الخطورة، ولكن السلوكيات الناجمة عنه، يمكن أن تؤثر في حياة المرء، منها على سبيل المثال:

1 ـ تناقص الكفاءة في الأداء الوظيفي في الحياة.

2 ـ إدمان الكحول.

3 ـ الإكثار من المنومات والمهدئات.

4 ـ الإكثار من المنشطات نهاراً بقصد إتعاب الجسد أو العقل بغية النوم ليلاً. وهذا تقدير مغلوط.

ثمة تقنيات سلوكية يلزم الفرد بممارستها لمدة عدة أسابيع أو أكثر حتى يعتاد على النوم بعيداً عن شبح الأرق، ومن هذه التقنيات:

1 ـ العلاج بالاسترخاء relaxation therapy:

من المفضل لمن لا ينامون إلاّ غراراً بسبب نوبات الأرق التي تقطّع عليهم نومهم، أن يتلقوا تعليمات كيفية تجاوز متاعبهم هذه من مدرِّب مجرِّب. ولكن هناك تقنيات أخرى يمكن أن تكون جد نافعة، منها:

(أ) أشرطة مسجلة: وتحتوي تعليمات وتدريبات بشأن كيفية تفادي الأرق واستجلاب النوم.

(ب) تمرينات لتنشيط عضلات القفص الصدري، ذلك لأن لهذه التمرينات علاقة بأبعاد الأرق.

(ج) العلاج بالتنويم المغناطيسي.

(د) العلاج ببعض العقاقير ولكن بوصفة طبية وبشكل يدعو إلى الحذر.

(هـ) العلاج بالجمع بين كل هذه الأساليب.

2 ـ العلاج المعرفي cognitive therapy:

وهذا الأسلوب يعتمد على عدة تقنيات، أهمها:

(أ) النصح بالقراءة في الفراش بقصد طرد الأفكار التي تتوالى على الذهن

فتسبب الأرق.

(ب) إبعاد ساعات التنبيه التي يبقى الفكر عادة مرتبطاً إرتباطاً لاشعورياً بها فتدعو إلى الأرق.

(ج) يمكنك أن تعد أرقاماً بصورة عكسية ابتداء من رقم تحب أن تبدأ به. هذا الأسلوب من شأنه أن ينسيك ما كان عالقاً بذهنك من عوامل قلق ومن مقلقات مرت بك في يومك السالف.

3 ـ علاج السيطرة على المنبهات stimulus control therapy:

هذا النوع من العلاج يناسب بصورة خاصة أولئك الأفراد الذين يعانون من الأرق المكتسب. فهذا النوع من الناس لا يذهبون لفراشهم ليلاً من أجل النوم إلا عندما يكونون جد متعبين من السهر، ويظنون أنهم سينامون تواً. لكنهم يواجهون واقع عدم القدرة على النوم. فما عليهم، إذن، إلا أن يغادروا فراشهم وغرفة نومهم، وأن يشغلوا أنفسهم بشيء غير متعب، لفترة من الوقت ثم يعودون ليناموا فإذا وجدوا أن النوم لا يزال يجافيهم، عليهم بإعادة الكرة ثانية كما في المرة التي قبلها، وليعودوا إلى النوم من جديد، وأن يكرروا التجربة حسبما تقتضي الضرورة. وعليهم أن يستيقظوا صباحاً في وقتهم الذي اعتادوا عليه، وينبغي ألا يخلدوا إلى القيلولة خلال النهار.

4 ـ علاج التحكم بالنوم sleep restriction therapy:

هذا الأسلوب يجدر إتباعه أيضاً لأنه يجعل المرء يحصي ساعات يقظته ويوازنها بساعات نومه. نتيجة لذلك وبالتدريج يجد الذين يعانون من الأرق أن (90٪) من وقتهم الذي يقضونه في نوم حقيقي، أن هناك حوالي (15) دقيقة تمضي فيما بين كل فترة وأخرى. وبالتمرين على هذا النهج يجدون أنفسهم أنه باستطاعتهم تحاشي كثيراً من الأرق.

5 ـ بعض حبوب النوم تجدي، ولكن مع توخي الحذر.

تلك هي بعض الأساليب التقنية التي يمكن أن تفي بالغرض عندما يراد التصدي لمشكلة الأرق عند الإنسان.

مرّ من قبل أن ذكرنا ضروباً من اضطرابات النوم: من ذلك مثلاً، مجافاة النوم أرقاً، أو الإفراط في النوم أكثر مما ينبغي. ولكل ضرب من ضروب الاضطرابات هذه أسبابه، ودواعيه، ونتائجه، وعلاجاته. فالإفراط في النوم مثلاً يشكو منه حوالي (50 ـ 60٪) من الرجال والنساء ممن يراجعون العيادات النفسية المختصة. وقد وجد أن هؤلاء يعانون من مشكلات ما يسمى بـ (بهر النوم): sleep apnea، أي أنها مشكلات ترتبط بانقطاع التنفس التدريجي عند النوم. وهذا سببه انقطاع النفس. فهي مشكلة لها علاقة بعدم انتظام تنفس الفرد أثناء نومه. ويرجع سبب ضيق التنفس هذا إلى انسداد القصبات الهوائية العليا، أو تضيقها خلال النوم. لذلك فهم يرتاحون لنوم النهار، فيمضون معظم وقتهم نائمين نهاراً. لكن هذا يجعلهم عاطلين عن العمل.

فعلة أرق الذين يعانون من صعوبة التنفس تكمن في الجانب العضوي أو النفسي. وعلاج أي من السببين يعيد إليهم نومهم الطبيعي.

يحسن العلم بأن تلك الاضطرابات الآنفة ليست هي خاتمة المطاف في قائمة مزعجات الإنسان في نومه.

هل هناك اضطرابات نوم أخرى؟

هناك اضطرابات شتى. فمنها ما تقدم ذكره، ومنها ما يصطلح عليه في الطب النفسي بـ (الخُدار)، أو (السبات) marcolepsy. والسبات هذا اصطلاح معناه الحرفي اللزمة أو (نوبة النوم) sleep seizure. وهذه اللزمة أو النوبة تتصف بهجمات أو نوبات من نوبات النوم المفاجئة، المتكررة، التي لا يستطيع المرء مغالبتها أو مقاومتها. فهي تهجم على الفرد في أي وقت خلال النهار؛ ولا يدري متى وأين تنتابه. وحوالي ثلاثة أرباع المصابين بنوبة خُدار النوم وسباته تتطور لديهم أعراض معينة منها مثلاً:

1 ـ التهدل العضلي cataplexy، وفيه ترتخي العضلات ويسترخي الشد العضلي بشكل فجائي وينتج عنه أن ترتخي الشفتان، وبخاصة الشفة

السفلى، ويتهدل الفكان والحنك (الذقن)، وترتخي الركبتان، فتصاب القدمان بالانهيار فلا تعودان تحملان صاحبهما، ولا يقوى على الوقوف. ويحدث ذلك نتيجة صدمة انفعالية مفاجئة.

2 ـ ظاهرات (ظواهر) النوم hypnagogic phenomena، ومنها الهلوسات، أو قد تكون هناك إدراكات حسية حقيقية، صوتية كانت (سمعية) أو بصرية، ويحدث ذلك على المستوى شبه الشعوري ويأتي في حالة وسط بين حالتي اليقظة التامة والنوم.

3 ـ شلل النوم sleep paralysis، وهو عدم القدرة على الحركة لمدة عدة دقائق بعد الاستيقاظ من النوم.

اضطرابات السباق النومي هذا يعاني منها حوالي (200,000 ـ 500,000) شخص من الرجال والنساء على حد سواء. ويبدأ عادة في سن مبكرة: أي في سن المراهقة وعند بدء عمر الشباب ويستمر.

وإن السبات النومي هذا وإن لم تعرف أسبابه يقيناً، بيد أن الباحثين في مجال النوم ومشاكله أخذوا يتبينون آثاره بعض الشيء، فالاعتقاد السائد الآن هو أن أسبابه تكمن في مكنيات السيطرة على عمليات النوم واليقظة، والمكنيات هذه واقعة في المخ بحيث تجعل هذا الاضطراب مسؤولاً عن النوم نهاراً والنوم أو الأرق ليلاً. ومنه نوع وراثي وأن هناك احتمالاً يقدر بـ (1/20) أي، واحد من عشرين، وهي ان أحد الأبوين المصابين بهذا السبات يمكن أن ينتقل إلى واحد أو أكثر من واحد من أطفالهما. ويمكن أن يحدث هذا السبات نتيجة إصابة الدماغ بعطب أو بعد صدمة عنيفة، أو عند إصابة الدماغ بعدوى من نوع ما.

السبات النومي هذا مرض مزمن، ولذلك فإنه يؤثر على كل جانب من جوانب حياة الشخص اليومية. لذلك فمن الخطر أن يقود سيارته وحده. والخطر على المصاب أيضاً أنه قد تصيبه النوبة وهو سائر في الشارع أو أثناء عبور الشارع في زحمة مرور السيارات. وعلاجه يتلخص في تنظيم فترات النوم خلال النهار وليلاً. وكذلك استعمال بعض العقاقير المنبهة، فيتناول الشخص

شيئاً منها كلما قدّر أن النوبة على وشك الهجوم عليه.

من اضطرابات النوم الأخرى المشي أثناء النوم. فالفرد المصاب بهذا الاضطراب ينهض من فراشه ويمشي مراراً ويتجول في غرفة نومه أو خارجها وهو لا يدري وبدون وعي منه. قد يستمر في مشيه نائماً لمدة نصف ساعة أو أكثر، ولا يتذكر عند اليقظة رحلته النومية تلك.

حوالي (1 ـ 5٪) من الأطفال فيما بين السادسة إلى الثانية عشرة من العمر يعانون من اضطراب السير أثناء النوم. وحوالي (10 ـ 30) من الأطفال يكونون قد تعرضوا لحوادث خلال تجوالهم نائمين. وأكثر ما يصاب بالجُوال النومي هذا المراهقون من الأولاد والرجال. النساء أقل تعرضاً له. يشفى منه معظم المصابين به. ولكن تبقى نسبة منه بين الرجال تقدر بـ (1 ـ 7٪).

أسباب السير نوماً (السرنمة) استعدادات جينية. والزواج بين الأقارب المصابين به يؤدي إلى انتقاله إلى الذرية. والأسر التي يكثر بين أفرادها المشي نوماً، يغلب أن تكون هي نفسها الأسر التي يغلب على أفرادها النوم العميق.

ولا خطر يمكن أن يصدر من السائرين نائمين. إنما الخطر يمكن أن ينعكس عليهم لأنهم قد يهوون من مكان مرتفع، وقد يؤذون أنفسهم بشيء مؤذٍ، أو قد يسقطون من السلالم.

يشفى المشي نوماً شفاء ذاتياً بتقدم العمر. هناك بعض العقاقير المنبهة وهناك العلاج بالتنويم المغناطيسي وهناك أيضاً العلاج النفسي.

النوم الجيد يستتلي في أعقابه نشاطاً للإنسان، وحيوية، وصفاء ذهن، مما يفضي إلى أن ينجز الإنسان عمله باتقان ودقة كفاءة عالية.

ثمة بعض الإرشادات والنصائح يمكن باتباعها الظفر بنوم ليلي هنيء. من هذه الإرشادات:

- حافظ على مواعيد منتظمة للنوم، وبخاصة مواعيد وساعات اليقظة صباحاً. هذا الإنتظام على الاستيقاظ يساعد على تنظيم الساعة البيولوجية للإنسان.

- قلّل من المنبهات كالقهوة والكوكاكولا... إلخ.
- لا تلجأ إلى الكحول كوسيلة مهضمة، لأن الكحول تنسف كمية النوم ونوعيته، وتؤدي إلى استيقاظات متكررة في النصف الثاني من الليل.
- قم بالتمارين بانتظام، كالمشي والسباحة. من شأن هذه التمارين إحراق عوامل التوتر وتخفيض منسوب أي مستوى إنفعالي.
- إجعل الفراش للنوم فقط، فلا تجعله مكاناً لحساب ما أنت مدين به من فواتير، أو تجعل منه مثابة لمراجعة أفكارك في عملك الذي أنجزته نهاراً.
- إجعل لنفسك برنامجاً معيناً قبل ذهابك إلى فراشك. من ذلك مثلاً، خذ حمّاماً مناسباً حسب الجو الذي أنت فيه أو قم ببعض التمارين. تنفس بعمق لمدة عدة دقائق.
- تذكر أن نوعية النوم أكثر أهمية من كميته؛ بمعنى أن النوم بالقدر الكافي أفضل من النوم أطول مما تستوجبه الضرورة اللازمة.
- أنجز واجباتك في وقت أبكر خلال اليوم الذي أنت فيه. هذا الإجراء يعفيك من تراكم المشاكل وتزاحمها في فكرك خلال فترة تقترب من وقت النوم.
- هيء الجو لنومك. أطفىء الأنوار. ضع في أذنيك، إذا شئت آلات لتنقية الصوت، فلا تسمع الضجيج، أو المنبهات الصوتية المزعجة. حاول أن تجعل درجة حرارة غرفة النوم معتدلة الحرارة: فلا تكن بالحارة جداً، ولا بالباردة جداً.

الفصل الثامن

اضطرابات نفسية مصدرها دوافع مرضية

- انفلات الدوافع من الزمام.
- جنون القمار.
- ما الذي يسبب الإقدام على المقامرة المرضية.
- ما تأثير القمار المرضي على علاقات المريض بغيره؟
- مرضى السرقة وجنونها.
- ما مدى تفشي جنون السرقة؟
- ما أسباب جنون السرقة؟
- سبل العلاج.
- جنون شد الشعر واقتلاعه.
- هذا المرض شائع الانتشار؟
- ما أسباب المرض؟
- جنون الإحراق.
- ما الأسباب الكامنة وراء ذلك؟
- العلاج.
- جنون إيذاء النفس.

- ما هي أسباب المرض؟
- فما العلاج؟
- جنون الإسراف المرضي
- من أين يبدأ الداء؟
- كيف الخلاص؟

انفلات الدوافع من الزمام

عندما تضطرب دوافع الفرد وتنفلت من زمام سيطرته عليها، فإنها تصبح وبالاً عليه، وتكوّم عندئذ مشكلة في حياته وفي حياة المجتمع الذي يعيش في كنفه. فمن الدوافع الجامحة التي تأخذ عند بعض الناس طابعاً مرضياً مؤذياً للفرد والمجتمع معاً، يمكن أن نذكر مثلاً:

- جنون القمار gambling-mania.
- جنون السرقة التافهة منها والجسيمة kleptomania.
- جنون شد الشعر ونتفه trichotillomania.
- جنون الإحراق pyromania.
- جنون ايذاء النفس self-mutilation.
- جنون الإسراف spending-mania.

فالأشخاص المهووسون هوساً جنونياً بتلك الأمراض نلاحظ عليهم الأعراض التالية، كلها أو معظمها:

- يكونون مشغولين ومنشغلين كل الوقت بأعمال وأنشطة لا طائل منها إلا جلب الأذى لأنفسهم ولغيرهم.
- يستغرقون كل أوقاتهم بالمقامرة، أو بالسرقة، أو بتهديد غيرهم.
- يبدو عليهم التوتر والنرفزة تأهباً للقيام بتلك النشاطات المؤذية.
- لا سيطرة لهم على كبح جماح دوافعهم الشريرة التي تسوقهم إلى مثل تلك الأعمال والسلوكيات الضارة والخطيرة.
- يحسون بالراحة والانتشاء بعد إقدامهم على تلك الأعمال المؤذية.

- يهملون واجباتهم وينسون أسرهم في سبيل الانصراف إلى تلك الأنشطة المؤذية لهم وللآخرين.
- يخاطرون بخسران أعمالهم وعلاقاتهم الشخصية من أجل نزوات دوافعهم المنفلتة تلك.
- يلقون بأنفسهم إلى التهلكة مثل تعمد القيام بأعمال مخلة ليلقوا بأنفسهم في متاهات السجون.
- يأخذ القلق والاضطراب بخناقهم فلا يهدأون ما لم يقوموا بتلك السلوكيات المؤذية استجابة للنزوات المنفلتة.
- يحاولون جاهدين السيطرة على جوامحهم تلك أو الحد منها لكنهم يفشلون.

وأمثلة على تلك السلوكيات تتبدى للعيان مما يظهر من ممارسات بعضهم في الحياة: ممارسات كلها تخرج عن حد المألوف وتتجاوز ما هو سوي معروف.

فهذا، مثلاً، شخص يشتغل في سوق البورصة، وهو لامع وناجح، لكنه سرعان ما ينغمس في حمأة مضاربات جنونية متعمداً ذلك ولكنه يقول لك أنه يريد أن يخسر كل ماله، فيفلس فعلاً. وهذه امرأة في الثلاثينات من عمرها، موسرة وتعيش حياة الترف، لكنها تسرق توافه الأشياء مما ليس لها بها حاجة ولا تحتاجها. وهذه مقدمة إعلانات تجارية تعمد بين الحين والآخر إلى نتف شعر رأسها حتى كادت تأتي عليه فاضطرت إلى ارتداء لفاع أو غطاء اصطناعي (باروكة) لتستر فروة رأسها الأصلع. وهذا رجل يحرق بناية مهجورة وسط المدينة ويدعو رجال المطافىء لإطفائها ويهب معهم للمساعدة في إخماد الحريق! وهذا شخص تراه يدعوك لتشاهده كيف يستخدم السكاكين الحادة، أو الإبر، أو أمواس الحلاقة، في شق أخدود في جلده، أو كيف يقتطع جزءاً معيناً من جسمه! ويقول لك بعد ذلك أنه الآن مرتاح!

الأفراد الذين يعانون من اضطرابات اندفاعية جامحة، ومؤذية كهذه، يكونون عادة تحت تأثير نوازع داخلية ذاتية متسلطة عليهم، فلا يجدون مناصاً منها إلا بالإقدام على ما يؤذيهم أو بما يلحق الأذى بغيرهم. فهم أناس

يتحسسون في دواخلهم بتنامي تواترات تحتشد فتدفعهم إلى القيام بكل ما هو مؤذ ومجاف للنظام والعرف والقانون، وهم يريدون مقاومته والامتناع عن إتيانه، لكنهم لا يستطيعون. وما أن يستسلموا للعمل حسب نزوات دوافع الإيذائية هذه، حتى يستشعروا الراحة، والنشوة، والاسترخاء ـ وهذه إستجابات تؤدي بكثير منهم، إن لم تؤد بهم جميعاً، إلى الشعور بالذنب من جهة، وإلى الإدانة الاجتماعية والانتهاء بهم إلى المحاكم فالسجون.

كل واحد من الاضطرابات الاندفاعية المذكورة في هذا الفصل، والتي مرّت الإشارة إليها في بداية الفصل هذا، وهي:

1 ـ المقامرة المرضية،

2 ـ السرقة التافهة أو الكبيرة،

3 ـ التبذير المرضي،

4 ـ نتف شعر الرأس،

5 ـ التلذذ بالحريق،

6 ـ إيذاء النفس المتعمد.

كل اضطراب من هذه الاضطرابات يعد بمثابة متنفس لدى الشخص المريض بذلك المرض ليتخلص بواسطته من أفكار مؤلمة كامنة فيه، وليتخفف بأي من تلك الأمراض مما يعتمل في نفسه من أحاسيس لا يحلو له التعبير عنها إلا بأحد تلك الأساليب المذكورة! والأفراد الذين هم في مثل هذه الحالات، لا يستطيعون التعبير عما تمور به نفوسهم من انفعالات، فتبقى حبيسة تغلي في دواخلهم، لذلك فهم يعبرون عنها بالأعمال المستهجنة الموصوفة آنفاً. فعندما يكون الواحد منهم قانطاً، أو محبطاً، فإنه سرعان ما يقدم على الإحراق. وعندما يخفق الواحد منهم في حبه، مثلاً، فما أهون عليه من أن ينطلق في تبذير ماله، ولسان حاله يحدثه: لمن أقتصد! ومن أجل أية غاية، بعد، ادّخر المال! وحينما يحس الواحد منهم أنه منبوذ، فإنه ينتقم بالسرقة مهما كانت تافهة. وعندما يشعر الواحد منهم بألم شديد في مكان معين من جسمه، فإنه يعمد إلى بتره، أو إحراقه!

هذه الاضطرابات التي نحن بصدد بحثها الآن، أمكن التحقق من دراستها من خلال علوم شتى كلها تعنى بواقع الإنسان على ظهر هذا الكوكب الذي نعيش عليه: من هذه العلوم:

1 ـ العلوم الجينية الوراثية.

2 ـ العلوم الخاصة بدراسة الأعصاب.

3 ـ علم النفس.

4 ـ العلوم التطورية.

5 ـ العلوم السلوكية.

6 ـ العلوم الاجتماعية.

تلك العلوم وسواها تعد عوامل factors تسهم في تسليط الضوء على ما يصدر عن الإنسان من سلوك منه الصالح ومنه الطالح. لذلك فإن بعض المختصين يعزون تلك النزعات الاندفاعية المؤذية إلى سلوك تعرض له الشخص أيام طفولته في رحاب أسرته أو في أجواء حياته بوجه عام. وكل الأمراض المذكورة تعد تطورات انغمر فيها الفرد، كل حسبما اعتياده، فأصبحت مصادر إدمان لأصحابها الذين وقعوا في محنتها وفي شراكها. ولهذا نجد الأشخاص الذين أدمنوها لا يستطيعون التخلص من ورطتها. وإذا ما أجبروا على الكف عنها فإنهم قد ينتحرون، وقد يصابون بأمراض نفسية. بيد أن العلاجات ليست متعذرة كما سيتضح فيما بعد.

وجد الباحثون في مجال المدمنين على تلك السلوكيات علاقة بين اندفاعهم ونزواتهم هذه، وبين مادة (السيروتنين) serotanin، وهو المفتاح الرئيسي لجهاز البث العصبي وذبذباته في المخ. ولعل الفهم البيولوجي الحديث لعلة الاندفاعات المرضية والاضطرابات المؤذية الناجمة عن النزوات السلوكية، تمهد السبيل إلى علاج لمثل هذه الأمراض أنجع مما كان عليه الأمر من قبل. ذلك لأن الإكتفاء بالعلاج النفسي وحده لا يجدي، وسبب ذلك يعزى إلى أن الأفراد الذين هم في القبضة المستحكمة فيهم لهذه الأمراض المذكورة في هذا الفصل، يصعب عليهم أن يفهموا وأن يدركوا حقيقة دوافعهم

هذه التي تسوقهم قسراً إلى ما هم فيه من سلوك. وإن بعضهم لا يستطيعون مجاراة أو التعامل مع جَيَشان العوامل التي تضطرم في دواخلهم، لذا يتعذر عليهم سبر أغوار ما في نفوسهم. لذلك فإن علاجهم، في مثل هذه الحالة، يتطلب معالجاً حيادياً: أي لا يتعاطف معهم فيما فيه واقعون، ولا يستهجن سلوكهم الذي هم في أسره محكومون.

جنون القمار

يعد القمار في أغلب حالاته ميلاً مرضياً، وعندما يشتد في استحواذه على الفرد، فإنه يكون في أسوأ أوضاعه فيصبح ميلاً حصرياً قهرياً compulsive. وينعت بهذه الصفة لأنه يصبح حالة مستحكمة بصاحبها فلا يستطيع مقاومتها أبداً؛ إذ تخرج السيطرة عليها عن نطاق إرادته.

تم التعرف على هذا الموضع الشاذ أول مرة عام 1980، ومنذئذ عدّ المختصون اضطراباً مرضياً يصيب صميم النفس. ويسمى أحياناً بأنه (المرض الخفي) invisible illness. وقد أطلقت هذه التسمية عليه، لأنه قد لا يكتشف إلاّ بعد مضي سنين طول، وبعد أن يتمكن من تلابيب الشخص الذي يُبتلى به ويرغب في التخلص من براثنه فلا يستطيع. والأشخاص الذين يعتادون على المقامرة حتى تصبح في حياتهم مرضاً نفسياً ولشخصياتهم مرضاً أخلاقياً، هم الذين يعانون منه فيطلبون العون. ولعل تبريرهم للأمر في بدايات إقدامهم عليه أنه (تسلية اجتماعية). لكنه بمرور الوقت يغدو إدماناً، شأنه شأن إدمان الكحول، والمخدرات المهلكات، وسوى ذلك مما يخرج عن إرادة المرضى بهذه الآفات كافة.

القمار المرضي، شأنه في هذا شأن سائر أنواع الإدمان البغيضة الأخرى، عملية استطرادية. يبدأ بالقليل وينتهي بالإستحكام بصاحبه. فالأشخاص الذي يبدأونه يستطردون في تبذير أموالهم فيه شيئاً وينغمرون في متاهاته شيئاً فشيئاً شاعرين باللذات، كما يعتقدون، لكنهم سرعان ما يندمون. فهم، وبعد أن

يصبحوا أسيري هذه الحالات اللاسوية، ينفقون الأيام بلياليها من غير أكل ولا نوم: أي أنهم يستغرقون ساعات طوالاً متواصلة تتخللها ساعات راحة قليلة، لكنهم سرعان ما يعاودون الاستمرار لمواصلة ما بدأوه. حتى أنهم ليخسروا كل شيء في حياتهم بالتدريج: صحتهم، وأعمالهم، وأموالهم، فضلاً عن المرض النفسي الذين يتعرضون له. فيهم نهم غير طبيعي لمزاولة المقامرة ولديهم شراهة غير طبيعية لتعاطي الإقدام على ذلك. وعندما تسألهم كيف يشعرون قبل البدء بما هم به مولعون؟ يجيبك مثلاً بأنه يحس بما يأتي:

1 ـ رغبة عارمة للقيام بالقمار.

2 ـ تعرق اليدين.

3 ـ التفكير الجامح في كيفية الكسب أو الخسارة.

4 ـ سرعة ضربات القلب.

وعندما تسألهم: لماذا لا تكفون عن ذلك؟ يجيبك الواحد منهم، أنه يشعر بما يلي:

1 ـ الغثيان.

2 ـ القلق.

3 ـ سرعة الغضب وشدة التهيج.

ثمة فئة من المقامرين يطلق عليهم تعبير (المقامرون المشكلون) problem gamblers. هؤلاء هم فئة المدمنين، وحالهم كحال مدمني الكحوليات تماماً. وأفراد من هذا النوع يحتاجون إلى العلاج المتخصص. وكما هي الأوضاع بالنسبة للمدمنين على المشروبات الكحولية، فإنهم جميعاً بحاجة إلى العلاج بالتنفير.

المرضى بالمقامرة يبررون أسباب إقدامهم على ما استحكم فيهم. فبعضهم يقول إنه يقامر هروباً من مواجهة ما يواجه في حياته من مشكلات. وآخر يجيبك أنه يقدم على تعاطي القمار سعياً وراء المتعة النفسية. وثالث يعلل موقفه، بأنه يمتلك فائضاً من المال لذلك يتسلى به.

وهكذا تتوالى الإجابات منهم، وهم جميعاً ينسون المثل القائل أنه لا بد من أن يطفح الكيل، أو المثل الذي يردده معظم الناس أنه: ما كل سهم يصيب. إذ تجد الواحد منهم ما إن يكسب اليوم حتى يحمله الحماس ليعود بسرعة إلى مائدة القمار، فإذا به يخسر في اليوم أكثر مما ربح في يومه الأول. وبعد ذلك، فإنهم كلما خسروا أكثر، أوغلوا في القمار على نحو أخطر. ذلك أنهم يفسرون الخسارة بأنها منقصة لا تليق بهم، وأنها علامة على قلة كفاءتهم وتدني براعتهم. فيعتقدون أن استردادهم ما خسروه في القمار من نقود، يخلصهم من الإحساس بالذنب جراء مقاومتهم. وهم كذلك يظنون أن استمرارهم في الخسارة، يعني لهم أنهم غير أكفاء وأنهم لا قيمة لهم في أعين نفسهم وفي أعين منافسيهم على طاولات القمار.

المرضى بالقمار لا يعنيهم أمر ما يخسرونه من المال! ذلك لأن إحساسهم بهذه الخسارات يغدو عندهم لا معنى له. كل همهم يتركز حول متابعة المقامرة بأي ثمن. وعندما يشعرون بالإحباط لأمر ما، أو عندما لا يجدون من يفهمهم أو يفهم علتهم فإنهم ينحدرون في حمأة جنون القمار أكثر. حتى إنهم ينزلقون إلى الكذب لإخفاء حقيقة تعاطيهم القمار، وبخاصة عندما يواجههم بحقيقتهم أصدقاؤهم، أو رؤساؤهم، أو أسرهم. وما أكثر ما يعمدون إلى بيع أثاث بيوتهم، أو الإغراق في الاستلاف والاقتراض أو يزوّرون حقائق محددة، للظفر بالمال الذي به يقامرون. ونتيجة لتراكم ديونهم فإنهم يعمدون إلى:

1 ـ السرقة.

2 ـ التزوير.

3 ـ الغش.

4 ـ الكذب.

5 ـ التهرّب.

6 ـ إتباع أساليب الإبتزاز.

وكثيراً ما يخسرون:

1 ـ حياتهم الزوجية.

2 ـ علاقاتهم الاجتماعية وصداقاتهم.

3 ـ أعمالهم التي منها يكسبون وبها يعيشون.

ما الذي يسبب الإقدام على المقامرة المرضية؟

ورد في المجلد الخاص بتشخيص الإضطرابات العقلية والنفسية، الطبعة الرابعة منه الصادر عام (1995)، إن هناك (1 ـ 3٪) من الناس الكبار الأمريكيين، يتعاطون القمار بشكل أو آخر. والنسبة أعلى من ذلك بين الذين يدمنون المشروبات الكحولية خاصة. وإن كان من الجنسين من يتعاطى القمار، غير أن الرجال أكثر تعاطياً للقمار من النساء.

كان فرويد أول من لفت الانتباه إلى أن القمار بشكله الهوسي إنما هو ضرب من ضروب الجنون. وقد قرنه بالإدمان على الكحول، والإدمان على العقاقير المخدرة، وذكر أن الأمراض الثلاثة هذه إنما تنبع من الإدمان على العادة السرية التي تستحوذ على الفرد الذي يتعاطاها، ذلك لأنه يجد في إدمان هذه الأمراض تعويضاً عن مرض آخر لدى الفرد نفسه.

بعض المنظّرين الآخرين يرون أن المقامرة بشكلها المرضي إنما هي تعبير عن جملة حالات منها مثلاً:

1 ـ إنه عارض من أعراض النظرة الدونية للذات lowself-esteem.

2 ـ إنه نوع من أنواع عقاب النفس وإيذائها masochism.

3 ـ إنه ضرب من ضروب إنكار الإحساس بالضعف feeling of smallness.

4 ـ إنه تعبير عن التمرد على عقاب الأبوين أيام الطفولة rebellion against parents.

5 ـ إنه إعراب عن درء الإحساس بالذنب guilt feeling.

6 ـ إنه من قبيل دينونة الذات وعقابها لا شعورياً self-punishment.

7 ـ إنه نوع من التحكم الوهمي الخداع على شيء أو أمر لا يستطيع المريض بالقمار من التحكم فيه في دنيا الواقع illusive control.

هناك من المختصين من يربط بين تعاطي القمار بشكله المرضي، وبين القسوة الوالدية أيام الطفولة. ومن المختصين من يذهب إلى أن القمار المرضي تمتد جذوره إلى أيام الطفولة أيضاً لعدم تعويد الطفل على كيفية الاقتصاد، أو كيفية الإنفاق بعقلانية.

من المهتمين بدراسة القمار المرضي من يرى أن أبناء المقامرين بالشكل المرضي، في الغالب ينشأون وهم يحتذون حظى آبائهم، فيصبحون هم أنفسهم مقامرين.

نفسانيون آخرون يعزون أسباب الإقدام على القمار بالشكل الجنوني إلى أن المقامرون يكونون أيام طفولتهم قد عانوا من عدة نقائص في تربيتهم منها:

1 ـ الإهمال.

2 ـ الحرمان الإنفعالي.

3 ـ الرفض الوالدي والنبذ المستمر.

4 ـ عدم التعويد على كيفية احترام الذات.

5 ـ عدم الاهتمام بطرق النجاح الأمثل في الحياة.

6 ـ استماع الأطفال إلى أقوال زائفة منها مثلاً أن المقامرة ضرب من الفعاليات القيمية في الحياة.

7 ـ الإغراء بالقول بأن القمار نوع من أنواع المتعة والاستمتاع.

وجد نتيجة للدراسات في هذا المجال أن النساء يبدأن عادة في تعاطي القمار في أعمار متأخرة، بينما الرجال يبدأونه في سن مبكرة. أما أهم أسباب تعاطي النساء القمار، فهي:

1 ـ إنه نوع من أنواع التخفيف من الاكتئاب، كما يعتقدن.

2 ـ إنه هروب من الشعور بالوحدة.

3 ـ إنه تعبير عن الإحساس بالإحباط.

4 ـ إنه نوع من الاستثارة النفسية.

5 ـ إنه معاقبة للزوج المدمن على الشراب المحرم.

6 ـ إنه عقاب للزوج الكثير الغياب عن الأسرة.

7 ـ إنه مجاراة للآباء أو للأزواج المدمنين عليه وعلى الكحوليات!

ونتيجة لما يجدون أنفسهم في حمأته من موقف يقض مضاجعهم، فإن مرضى القمار وتعاطي الميسر بشكله المرضي الفظيع، يلجأون إلى مختلف أنواع المنكرات: كالسرقات، وتزوير تواقيع أقاربهم بقصد سحب شيء من مدخراتهم والاستيلاء عليها بأي ثمن، والاحتيال على شركاتهم التي يعملون فيها، والاستدانة من أي شخص يعرفونه، ويتهربون من دفع ما في ذمتهم من قوائم ماء وكهرباء، ويراوغون بأية وسيلة للتخلص من تسديد ما عليهم من ضرائب، وسوى ذلك كثير، كما سبقت الإشارة من قبل إلى مثل هذه السلوكيات اللااجتماعية.

لكن الأنكى من ذلك وأدهى أولئك المرضى الذين يفقدون أعمالهم وكل شيء منه يعيشون وعليه يتعيشون، فيصبحون أشبه بالمشردين. لذلك فإنهم يهدّون حياتهم الأسرية بأيديهم.

بعض أولئك المرضى بمرض القمار يقطعون على أنفسهم وعداً لأسرهم أو لأحد أصدقائهم أنهم لن يعودوا إلى سابق عهدهم. لكنهم، وللأسف، ما أن تكون النقود بين أيديهم حتى يعودوا يحسون أنهم أقوى من ذي قبل فيرتكسون ثانية في نفس مرضهم ذاك.

عندما تبلغ الحال بالمرضى المقامرين حد اليأس، حينذاك يجدون أنفسهم في وضع لم يعد مقبولاً بكل المعايير الأخلاقية، والنفسية، والاجتماعية. فما كان يدور في خلدهم أنهم ستبلغ بهم الحالة إلى ما آلت إليه أوضاعهم الصحية والسلوكية. بدأوا بـ (متعة اجتماعية) وانتهوا إلى اضطرابات مرضية. لذلك فإن المريض بالقمار يتخذ سلوكه أنماطاً شتى منها:

1 ـ لا يعود يحتمل أفراد أسرته.

2 ـ يصبح سريع التهيج والغضب.

3 ـ يتبلّد انفعالياً وعاطفياً إزاء أقرب الناس إليه.

4 ـ يجافيهم النوم فيلازمهم الأرق القاتل.

5 ـ تنعدم شهيتهم للطعام.

6 ـ بعضهم يغرق في الأوهام، لذلك ينتحلون لأنفسهم تسميات جديدة وهويات شخصية مغايرة.

7 ـ بعضهم يفكر بالانتحار، وكثير منهم يحاول فعلاً الإقدام عليه تخلصاً من حياتهم التي لم يعودوا يحتملون وطأتها.

8 ـ بعضهم يستمر في المقامرة غير مكترث لما يخسر لأنه غدا يائساً من كل شيء فيريد أن يضيع كل شيء.

فمن ظن أو شعر أنه على وشك أن يأسره مرض القمار، عليه أن ينشد المساعدة، وهنا جملة أسئلة ينبغي أن تطرح عليه:

- هل تحس ببهجة أثناء ممارسة القمار، وتشعر بأنك محفز أكثر فأكثر؟
- هل تشعر بأنك محظوظ بممارستك هذه اللعبة؟
- هل ترغب في الاستمرار في هذه الممارسة حتى مع علمك أنك ستخسر أكثر مما سترب؟
- هل سبق لك أن بعت شيئاً من مقنياتك أو حاجاتك لتسدد ديوناً تراكمت عليك جراء القمار؟
- هل اقترضت أموالاً لتسدد ديوناً عليك جراء القمار؟
- هل حاولت أو تحاول إخفاء تعاطيك القمار على أصدقائك أو أسرتك؟
- هل تعاني اضطرابات في النوم بسبب المقامرة؟
- هل غامرت بمدخرات أسرتك من أجل القمار؟
- هل تشعر بازدياد في القلق بسبب القمار؟
- هل تخاطر بمبالغ أكبر من المال لكي تسترد خساراتك السابقة في المقامرة؟

عندما يتضح الأمر، من خلال الإجابة بالإيجاب على جميع الأسئلة الآنفة

أو على معظمها، بأن الشخص قريب من المرض أو أنه مصاب به **فعلاً**، فمن الأفضل أن ينصح بالتوقف عن ممارسته تلك لمدة شهر. فإذا وجد أن لديه الإرادة على الإقلاع عنها، فإنها بداية النجاح له في التخلص منها. وإذا ألفى نفسه أنه ليس بمستطيع ذلك، فالأجدى له أن يطلب مساعدة مختص في الطب النفسي، وبلا تأخير. ذلك المرض حليفه التواني.

ما تأثير القمار المرضي على علاقات المريض بغيره؟

هناك دراسات أجراها باحثون في مجال القمار المرضي، وعلى فئات متعددة من أولئك المرضى. ومن دراساتهم تلك، بحوث شملت نساء ورجال مدمنين على القمار فأصبحوا من جرائه مرضى. وكانت الغاية من القيام بدراسة اتجاهات نساء المرضى بالقمار، لمعرفة حقيقة مواقفهن من ذلك المرض الذي إبتُلي به أزواجهن، وكيف ينظرن إلى حالة أزواجهن بعد وقوعهم في براثن ذلك المرض. وقد شخّصت أولئك الزوجات المشمولات بالبحوث ثلاث مراحل واضحة المعالم كان قد وقع فيها أزواجهن، تلك هي:

مرحلة الإنكار وعدم الإقرار

تبدأ المرأة تقلق بشأن تأخر زوجها عن البيت، وتبدأ تشك بما وراء ذلك الغياب الطويل والمتكرر، فتحاول طرد المسألة الملحة هذه من ساحة ذهنها فلا تريد أن تعتبرها مشكلة. لكنها تواجه زوجها بها أي بالغياب هذا. فيعمد إلى إنكار أنه يتعاطى القمار، ثم يعد بأنه لن يتأخر في العودة إلى بيته، أو يذكر أنه لن يبرح البيت بعد عودته من عمله. وقد يفي بوعده إلى حين، لكنه سرعان ما يعود إلى سابق عادته القديمة.

حينما تواجهه زوجته بالأمر ثانية، يطفق يزبد ويرعد. فتغير زوجته من تطلعاتها إلى الهدوء العائلي، وتحوّر من واقعها السلوكي، فتروح تتأمل ما عسى أن يؤول إليه المصير. وكثيراً ما تبدا الزوجة بالتغاضي تجنباً للمواجهة،

وتمني نفسها بأنه، لعله يرعوي عن غيّه الذي انغمر فيه.

فما هو الموقف؟

يجد الزوجان نفسيهما مطوقين فيما يسمى بـ (دوامة الاكتشاف المغلقة) dubbed by the discovery cycle. هي تواجه بالحقائق، وهو ينكر. هي تزيد من الأدلة، فيعترف ويستسمح. ويتوقف عما اعتاد، لكنه سرعان ما يعاود سلوكه السابق المستراد. وتكون معاوداته تلك نوعاً من الإنتكاس. فيصبح مريضاً بجنون القمار. وقد ذكرت بعض الزوجات أنهنّ كن يتحملن أزواجهن المرضى بذلك المرض وهنّ مكرهات، حفاظاً على ديمومة الزواج لا غير.

مرحلة الضغط النفسي

ذكرت زوجات أولئك المرضى بالقمار، أن مرحلة الضغط النفسي التي تعرضن لها قد بدأت على أزمة crisis حلّت أول ما حلّت في جو البيت. فكانت أزمة أورت زنادها أسباب مالية وانفعالية وعاطفية انطلقت شرارتها من باحة المنزل.

رغم هذا كله حاولت معظم زوجات المرضى بهذا الداء النفسي أن يحافظن على الكيان الأسري، كما ذكرت، ولذا رحن يسامحن أزواجهن، ظناً منهن أنهم سيقلعون عما انغمسوا فيه. ولكن كثيراً ما كان بعض الأزواج المرضى بهذا القمار المرضي، يذكرون أنهم يلوذون بدواعي المقامرة المرضية، كنا يدّعون، تهرباً من مناكدة الزوجات. والزوجات يؤكدن بدورهن أنهن على مرضهم ذاك صابرات.

مرحلة الإنهاك

تعقب المرحلتين السابقتين المرحلة الثالثة هذه، وهي مرحلة **الإنهاك** النفسي، والإعياء الجسدي: مرحلة لا تعود الزوجة فيها قادرة على **تحمّل** المزيد من الضغوط النفسية والمعاناة اليومية. فلا يعود في طوقها **احتمال** الموقف أكثر مما احتملت.

ينجم ذلك من عدم إقلاع زوجها عما ألقى فيه نفسه، ومعه زوجته، في حبائل مرض نفسي، وأخلاقي، واجتماعي، بحيث أن حالة الزوجة آلت إلى السوء. من ذلك السوء الصحي الذي تعانيه الزوجة:

1 ـ الأرق جراء القلق.

2 ـ الانصراف إلى الشراب الكحولي، وهذه مأساة مضاعفة.

3 ـ اللجوء إلى استخدام المهدئات والمسكنات.

4 ـ ظهور أعراض مرضية جسمية لديها كالصداع المستمر.

5 ـ استمرار الإمساك المعوي.

6 ـ اضطرابات عضوية مختلفة.

لذلك تبدأ الزوجة تبحث عن الواقع الذي ترغب في العيش فيه بسلام تخلصاً مما تجد نفسها فيه من الام.

فهل يقف الأمر عند هذا الحد؟ كلا.

فما المآل، إذن، في هذه الحال؟

الزوجة تقول إنها:

1 ـ إما أن تدمن تعاطي الكحول للهرب من المشكلة.

2 ـ وإما أن تدمن المخدرات. وفيها يكمن البلاء.

3 ـ وإما أنها تحاول قتل نفسها للتخلص من جحيم حياتها!

أما الأبناء فيذكرون، كما جاء في تلك البحوث، إنهم لا يدرون لماذا غرق آباؤهم بتلك المشكلات. ويذكرون أيضاً أنهم يتحملون وزر وأعباء سلوك آبائهم. يؤكد أبناء مرضى القمار أن آباءهم يمطرونهم أحياناً بالهدايا والهبات، وأحياناً ترون آباء عاجزين عن الوفاء بأقل الإلتزامات.

وإزاء شحّة المال بأيدي الآباء المرضى بالقمار، تجدهم ينكرون أن لديهم أبناء لا بد من الإنفاق عليهم. لذا ترى هؤلاء الأبناء في الغالب مشردين ضالين. وهذا هو الانهيار الأسري، مضافاً إلى الانهيار:

1 ـ النفسي.
2 ـ والأخلاقي.
3 ـ والاجتماعي.

مرض السرقة وجنونها

تعرف السرقة المرضية والجنون بها، بأنها فشل الفرد المهووس بها فشلاً ذريعاً في مقاومة نزوتها السيئة المستحوذة عليه التي تدفعه دفعاً إلى القيام بها رغم إدراكه، أحياناً، إنه سلوك مرضي وعمل مخزي. وعند المريض بهوس السرقة، الهدف هو القيام بعمل السرقة، وليس الشيء المسروق ذاته. والأفراد المرضى بهذا الداء النفسي هم في الغالب أفراد قادرون على دفع أثمان ما يسرقون. وهم في العادة يعيدون ما سرقوا إلى مكانه سراً، أو، في حالة عدم استطاعتهم إرجاعه خفية، يتخلصون منه بإبعاده إلى مكان آخر. فهم لا يسرقون عن حاجة بهم، بل إنها النزوة المرضية التي استحكمت فيهم.

ما مدى تفشي جنون السرقة؟

كان جنون السرقة يُعَّد في الماضي أمراً نادر الحصول وقليل الحدوث. لكنه في الوقت الراهن أضحى يعتبر واسع الإنتشار بين كثير من الناس، أكثر بكثير ممّا كان عليه في الماضي.

وقد تعددت الأسباب كما يذكر الباحثون في هذا المجال. ولكن تبين أن (5٪) من أعداد الذين ألقي القبض عليهم يسرقون، هم من المرضى بجنون السرقة المتحكم فيهم. وأكثر القائمين بتلك السرقات الاستحواذية، هن النساء. إذ كنّ يختلسن الأشياء من المحلات المختلفة. أي أن النساء أكثر مرضاً بهذا الداء مما هو لدى الرجال.

ثمة بحث تم إجراؤه مؤخراً تبين منه أن النساء اللائي يعانين من:

1 ـ الاكتئاب،

2 ـ القلق،

3 ـ اضطرابات الأكل [وهذا مرض نفسي آخر].

كنّ يقمن أكثر من غيرهن بالسرقات التي تعرضهن للمسائلة القانونية والأخلاقية: فهن مجنونات بسرقة ما لسن بحاجة إليه، لكنهن يسرقن.

ما أسبـاب جنون السرقة

ليس لدى الأطفال، مثلاً، فكرة عن حب التملك واقتناء الأشياء، وإن كانت تستهويهم الأشياء المغرية لهم، والأشياء التي تجتذبهم. وعندما يشبّون في العمر قليلاً فإنهم يدركون ما لهم من حقوق وما ليس لهم به حق. يعرفون معنى الملكية الشخصية. ولذلك نجد أن المراهق الذي يسرق متعمداً فإنه إنما يسرق لأنه قد حُرِم من عطف الأبوين، أو عندما يرى أحد أقربائه يمتلك من المغريات ومن الألعاب أكثر مما يرغب فيه هو فلا يستطيع الحصول عليه.

لذلك فإن الحدث السارق إنما يقوم بعمله المخِّل ذاك من أجل الظفر بجلب الانتباه إلى نفسه، أو للحصول عما يريد دونما الاعتماد على والديه، أو أنه يأنف من الطلب من أبويه لإعطائه ما يريد. فالأحداث، في الغالب، يسرقون ما يحبّونه.

وعلى النقيض من الشكل الذي تتخذه السرقة عند الأطفال الصغار، فإن المهووسين بالسرقة من الكبار، يرون أن القيام بالسرقة هو مفتاح راحتهم النفسية، يخلصهم من مرضهم النفسي المستبد بهم. فالسرقة عند الكبار هي تنفيس عن إحتباسات انفعالية مكظومة في أغوار نفوسهم. وأكثر ما يعاني منه أولئك السرّاق المجانين:

1 ـ الاكتئاب.

2 ـ القلق.

3 ـ إباء الطعام.

4 ـ فقدان الشهية إلى الطعام.

5 ـ هوس الإحراق [عند النساء خاصة].

6 ـ شدة الضغوط النفسية، فتأتي السرقة نتيجة لتلك الضغوط.

7 ـ وأحياناً يقوم السارق بالسرقة نتيجة اضطراب في المخ، فالسرقة تكون عرضاً لذلك الاضطراب وهو مرض الخبل.

وليسأل المعالج السارق الذي هو من النمط الموصوف:

- ألا تستطيع مقاومة دافع السرقة حتى وإن كنت لست بحاجة إلى ما تسرقه؟
- هل تحس بتواتر متزايد في داخل نفسك قبل السرقة، وأثنائها، وبعدها؟
- هل تسرق لإحساسك بلذة السرقة، أو للتخفيف عما في داخلك من توتر، أو لشعورك بالغضب، أو أنك تريد الإنتقام؟

والإجابة على هذه الأسئلة بالإيجاب تستدعي الإسراع في طلب العلاج.

سبل العلاج

يتخذ علاج مرضى السرقة عدة طرق، منها:

1 ـ علاج بالعقاقير المصنّعة للأمراض النفسية.

2 ـ العلاج السلوكي.

3 ـ العلاج النفسي.

4 ـ الجمع بين جميع هذه الطرق.

وأكثر ما يجدي العلاج مع الذين يشعرون بالذنب، والذين يحسون بالخزي مما يقومون به فيرغبون رغبة أكيدة في التخلص من سلوكهم الشائن ويتبع ذلك أحياناً السلوك التنفيري، والتنفير من هذه العادات المرضية المستحكمة.

جنون شد الشعر واقتلاعه

نتف الشعر، الذي يمكن أن يكون حالة مزمنة وحادة، هو ضرب من ضروب الأمراض النفسية يتمثّل في شد الشعر بقوة واقتلاعه من جذوره، وذلك لأسباب قهرية لا سلطان للفرد المريض بهذا المرض على مقاومة الحالة. وأول من وصف هذا السلوك العدواني ضد النفس، طبيب فرنسي مختص بالأمراض الجلدية dermatologist، وكان ذلك عام (1889). ووصفه بأنه: (دافع نفسي لا يقاوم يدفع صاحبه دفعاً قسرياً لشد شعر رأسه واقتلاعه من جذوره). يترتب على هذا النوع من السلوك القهري أن يصبح رأسه مبقّعاً، وقد ينهي شعر رأسه تماماً مما يضطره إلى ارتداء غطاء له أو إكسائه بشعر مستعار (باروكة). في حالات المرض الحادة يقتلع المريض الشعر من رأسه كله، فلا يكتفي بذلك بل يتجاوزه إلى نتف شعر حواجبه وشعر أشفار عينيه، ومن أي مكان آخر في جسمه.

هل هذا المرض شائع الانتشار؟

ليس هناك بيانات كثيرة توثّق الأعداد الحقيقية لهذا المرض. والسبب يرجع إلى أن الذين يراجعون ملتمسين الخلاص منه قليلون. والمختصون بالأمراض النفسية يعدونه نادر الحصول. بيد أن دراسات تم إجراؤها حديثاً، شملت (2579) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة، تبين منها أن (0,6٪ ـ 3,4٪) من الاناث، و(0,6٪ ـ 1,5٪) من الذكور، ينتفون شعرهم لأسباب قهرية. وفي إحدى العيادات المتخصصة باضطرابات تكوين العادات السلبية، اتضح أن (1/5) الذين كانوا يراجعونها للتخلص من عادة قضم الأظافر، كانوا يعانون أيضاً من عادة اقتلاع شعرهم. لذلك يقدر عدد الذين يقتلعون شعرهم اقتلاعاً قهرياً يصل إلى حوالي (8) ثمانية ملايين رجل وامرأة في مجتمع يبلغ تعداده (200) مائتي مليون مثلاً.

اضطرابات اقتلاع الشعر ترتفع كثيراً إبان فترة المراهقة، وهي اضطرابات نسبتها بين النساء أعلى منها بين الرجال. وهي بين المراهقات أعلى منها بين المراهقين. ومعدل العمر الذي تبدأ فيه هذه الاضطرابات هو سن الثالثة عشرة.

من المختصين من يعزو الانغماس في هذا السلوك المؤذي للذات، إلى:

1 ـ حالات اكتئابية.

2 ـ حالات قلق.

3 ـ حالات خوف غير عادي.

فهو عرض من أعراض الأوضاع النفسية المؤذية. وقد تبين أنه مرض أكثر انتشاراً بين الذين تربطهم صلة قرابة وثيقة بأناس كانوا مصابين بنفس الاضطراب المرضي هذا.

ما أسباب المرض

يمكن إجمال أسباب هذا الاضطراب المرضي في الأحوال التالية:

1 ـ عادة مستحكمة من أيام الطفولة. فبعض الأطفال يستمرون على عادة مص الأصابع ونتف الشعر أو شده حتى السادسة من العمر. وما لم يعالجوا فإنهم يستمرون عليها حتى تتسلط عليهم.

2 ـ شدة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد فإنها تؤدي إلى إيجاد متنفسات للتخلص منها.

3 ـ حينما يُمنى الفرد بفقد عزيز عليه. بعض الأفراد يلجأون إلى هذه العادة تعبيراً عن عميق الألم.

4 ـ اتضح في الآونة الأخيرة أن لهذا الاضطراب أسس بيولوجية كائنة في الدماغ. فقد كشفت الدراسات أن هناك اختلافات واضطرابات في كمية الأيض السكري glucose metabolism في مخ الأفراد الذين تستحوذ عليهم عادة اقتلاع شعرهم.

5 ـ تنتشر هذه الاضطرابات بين الأفراد الذين لهم أقارب كان هذا المرض متفشياً بينهم.

أما كيف يحس المصابون بالمرض فإنهم يذكرون:

1 ـ التوتر.

2 ـ الاكتئاب والضغوط النفسية.

3 ـ القلق.

4 ـ استفحال العادة واستحكامها فيهم.

وعلاجه يعتمد على عدة أساليب، أهمها:

1 ـ العلاج السلوكي.

2 ـ استخدام بعض العقاقير الطبية النفسية.

3 ـ استخدام العلاج النفسي.

4 ـ استخدام هذه الأساليب مجتمعة.

تخلصاً من استحكام هذا المرض، تجدر الإشارة إلى ضرورة مراقبة الأطفال منذ نعومة أظفارهم فيما إذا كانوا منهمكين في شد شعرهم، وإبطال هذه العادة في سن مبكرة قبل تحكمها في الطفل.

وإذا اقتضت الحاجة فلا بد من معالجة الطفل في عمر مبكر. ذلك لأن الأطفال أكثر استجابة للعلاج المبكر.

أما الكبار فإن المشكلة قد تستمر عندهم لمدة عشر سنين أو أكثر. لذلك لا بد من العلاج لإنقاذ الذات من هذا المرض الوبيء.

جنون الإحراق العمد

الإحراق العمد أو المتعمد هو حب إشعال النار بشكل متكرر وبقصد ملّح، وهو سلوك مرضي يوصف أحياناً بأنه (إحراق لا دافعي motivationless

arson. والأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة المرضية لا يقومون بعملية الإحراق هذا، لأي سبب من الأسباب الآتية:

1 ـ فهم لا يحرقون تعبيراً عن غضب.

2 ـ وهم لا يحرقون إعراباً عن انتقام.

3 ـ وهم لا يحرقون احتجاجاً على موقف سياسي.

4 ـ وهم لا يحرقون بقصد التخريب.

5 ـ ولا هم يحرقون بدافع منفعة خاصة يحققون من ورائها هدفاً معيناً.

فلماذا، إذن، يحرقون؟

إنهم يقومون بما يقومون به من إحراق يصل حد التدمير أحياناً، لأنهم يكونون مدفوعين بدوافع ملحّة من داخلهم تضطرهم إلى ذلك السلوك المَرَضي المدمّر، ولا سيطرة لهم على ذلك الدافع التخريبي. لا شك أن منظر النار في مكانه وزمانه الملائمين خلاّب، غير أن التلذذ به وبمنظره في كل حين يعدّ مشكلة مرضية.

وأكثر ما يتطور هذا الشعور لدى الأولاد والرجال بشكل أوسع مما يكون عليه لدى البنات والنساء البالغات. إذ تقدر نسبة المصابين بهذا المرض من الرجال حوالي (90٪)، وهي نسبة أعلى بكثير مما هي شائبة بين النساء. واضطراب الإحراق هذا، وإن كان منتشراً بين جميع فئات المجتمع، غير أن تفشيه بين الطبقات الوسطى وما دونها أكثر.

ما الأسباب الكامنة وراء ذلك؟

تشير الدراسات إلى أن مشعلي الحرائق هم في الغالب أفراد يتحدرون من أسر كبيرة الحجم وقد افترق الأبوان فيها نتيجة للطلاق. وكثير من الذين ضبطوا وهم يقومون بعمليات الإحراق، قالوا إن آباءهم كانوا يكثرون من الغياب عن البيت من غير أسباب معروفة.

هناك نظرية تقول إن بعض المراهقين يحرقون بيوت آبائهم من أجل استعادة الأب إلى البيت وليلازم بيته فيما بعد حفاظاً عليه وعلى من فيه.

ثمة آراء تجمع على أن الإحراق يتم تخلصاً مما يعانيه الفرد من ضغوط خانقة.

وهناك من يذكر، وهو رأي مقبول إلى أن الإحراق يقوم به أشخاص كانوا في طفولتهم يعانون من حرمان انفعالي: أي أنه حرمان من المحبة والانتباه وإشباع بعض الحاجات النفسية والجسمية. فهم أناس يقومون بالإحراق تعبيراً عما يسمى (أحاسيس الوحدة المحزنة) sad-lonely feelings.

ثمة من يرى أن الحرق العمد المرضي إنما يمثل سلوكاً عدوانياً. وهناك من يضيف أنه سلوك عدواني ولكنه قسري. يضاف إليه إحساس مزيف بالشعور بالكرامة المجلوبة بشكل معكوس.

آراء أخرى تقول أن الإحراق العمد، هو إعراب على الشعور بالقوة والعظمة المرضية.

أفكار أخرى تذهب إلى أن الإحراق إنما هو إظهار كوامن الضعف ونوازع العجز عند المريض بهذا المرض. فيجد قوة ذاته في إشعال النار، لذا يتلذذ بعمله هذا.

بعض الذين يصابون بهذه الاضطرابات يقومون بعمليات إحراق طفيفة في أماكن مهجورة ثم يستنجدون برجال وفرق الإطفاء، ويساعدون في ذلك لإرضاء نزوات حادة خاصة بهم.

أكد الباحثون في هذا الميدان أن المصابين بهذا الإضطراب هم في الغالب من:

1 ـ مدمني الكحول.

2 ـ المتخلفين عقلياً بشكل خفيف.

3 ـ الذين يعانون من اضطرابات جنسية.

4 ـ الذين يعانون من إحباطات متواصلة.

5 ـ الذين لهم تاريخ سلوكي مناهض للمجتمع مثل:

(أ) السرقة.

(ب) التشرد.

(ج) الهروب من المدرسة أيام التلمذة.

وقد وجد أن هناك ارتباطاً قوياً بين عمليات الإحراق المرضي والقسوة على الحيوانات.

بيّنت الدراسات أيضاً أن هناك سبباً بيولوجياً يكتنف هذا السلوك المرضي، وهو انخفاض مستويات السكر في عمليات الأيض.

وحين تسأل المريض بهذا المرض: بماذ تحس؟ يجيبك: بأنه يتخيل منظر النار فيطرب له ويرتاح! أو يجيبك أحدهم أنه يشعر بالوحشة فيريد أن يتسلى! أو يجيبك ثالث بأنه يحس بالضيق فأراد أن يفرّج عن نفسه!

العلاج

أولى خيارات العلاج لمواجهة هذا المرض الخطير، هو تشخيص الحالات عادة، وذلك بأن توجه إلى الفرد المريض الأسئلة التالية:

- هل سبق لك أن أشعلت الحرائق متعمداً وأكثر من مرة؟
- هل تشعر بالتوتر والقلق قبل قيامك بهذا السلوك مما حملك قسراً على الإقدام عليه؟
- هل يجتذبك منظر الحريق وتحس بمتعة عند رؤيته ومشاهدته؟
- هل أنت مولع ومهتم بأجهزة إطفاء الحرائق؟
- هل لديك حب استطلاع قوي حول أجهزة الأطفاء وكيفية الإطفاء؟
- هل تحس باللذة والراحة والمتعة بعدما تقوم بالإحراق؟

• هل تشعر دائماً بنفس الإنفعالات والحالات النفسية عندما تقوم بعملية الإحراق؟

الإجابة على هذه الأسئلة بالإيجاب تعني قوة الدافع المستحكم في الشخص المريض. ومنه يمكن أن ينطلق العلاج الذي يتخذ عادة عدة إجراءات، منها على سبيل المثال:

1 ـ العلاج السلوكي.

2 ـ العلاج بالتنفير.

3 ـ العلاج بالترسيم graphing، وبهذا الأسلوب يطلب من الأفراد المرضى أن يقوموا، تحت إشراف المعالج برسم بيانات خطية: أي على شكل خطوة توضيحية، وأن يقوموا بحركات عملية، وأن يظهروا انفعالات تعبيرية، يقومون بكل ذلك بقصد ربطه بأعمالهم الفعلية عندما كانوا يقومون بعمليات الإحراق وتنفيذها. وهذا التكنيك من شأنه أن يجعلهم يروا بأنفسهم كم هي العملية مقرفة.

من فوائد هذا النهج العلاجي أيضاً تعليم المرضى بهذا المرض أن لكل الناس انفعالات ويحسون بتوترات ولكن يجب عليهم أن يتعلموا كيف يتحكمون بها، وكيف يجب أن يسيطروا على دوافعهم. ما أن يتعلم مرضى الإحراق هذه التعابير وسبل ترويض أنفسهم بالتدريب المستمر على ذلك حتى يقلعوا تماماً عن الإقدام على الحرق المتعمد مستقبلاً.

ولكن لا بد من التنويه بأن أسلوب العلاج هذا يتعامل مع سلوك المريض وليس مع المشكلة الدفينة الكامنة وراء ذلك السلوك. إنه علاج يعد خطوة أولى في منهج إصلاح النفس المريضة بهذا المرض. غير إنه علاج لا يجدي كثيراً مع الأفراد المرضى الذين ينقصهم التبصر الذي يخلصهم من مشكلتهم. فهذا النوع من الناس تجده يقدم على فعلته المرضية ومن ثم ينكرها. إنه مريض مرتين: أي بمرض مضاعف.

جنون إيذاء النفس

هذا النوع من الجنون الهوسي، أو الهوس الجنوني يدفع صاحبه مرة تلو الأخرى إلى إيذاء نفسه وجسمه خاصة، لكنه لا ينوي الإنتحار. فهو نمط من أنماط السلوك يأتيه المريض باستمرار، ولا يشعر بالراحة ما لم يوجه هذا الإيذاء إلى جسمه. ويتخذ الإيذاء هذا عدة أشكال، منها:

1 ـ البتر بآلة حادة.

2 ـ الحرق بالنار.

3 ـ كشط الجلد بشكل يبعث على الألم.

4 ـ الاستمرار على حك الجرح إلى حد إدمائه.

5 ـ لطم الخدين باستمرار.

6 ـ محاولة ثقب الخدين بآلة حادة.

7 ـ ثقب الجلد بالإبر بشكل مستمر.

8 ـ الإقدام على كسر أحد العظام في الجسم.

9 ـ الاستمرار على ابتلاع هشيم الزجاج وحتى القطع الكبيرة منه.

10 ـ التهام المواد والأشياء الضارة.

وهنا يتجادل المختصون حول أعمال كهذه: هل هي تناذرات قائمة بذاتها، أم أنها أعراض تنمّ عن اضطرابات عقلية أخرى؟ ومهما كانت الأسباب، فإن إيذاء النفس بهذا الشكل إنما هو مرض يستحكم بصاحبه، فلا يحس بالراحة إلاّ بعد أن يمارسه. ومجرد الاستمرار عليه يفضي إلى ازدياد الإيذاء أكثر من حيث حدته وشدته.

يبدأ هذا الاضطراب المرضي في الطفولة، ويستمر أيام المراهقة، ويستفحل أيام الشباب وعند الكبر في السن. وأكثر ما تصاب به النساء. ويدل على اضطرابات مبكرة في الشخصية، ويشير في الوقت نفسه إلى بوادر مرض الفصام.

ما هي أسباب المرض؟

تتأتى سهولة العلاج وتتيسر بعدما يتم التشخيص بشكل دقيق. لذلك فإن إيذاء النفس على النحو الخطير وبشكله الجنوني في الحالات التالية:

1 ـ عند الإحساس بالرفض rejection. وذلك حينما:

(أ) يحس الطفل أو المراهق بالرفض من جانب الأبوين.

(ب) يحس الفتى برفض خطيبته له.

(ج) تحس الفتاة برفض خطيبها لها.

(د) في المواقف الضاغطة أخلاقياً، وبخاصة إذا ما كان الفرد من أحد الجنسين قد تعرض أيام صغره إلى اعتداء جنسي.

(هـ) في حالة تذمر الفتى أو الفتاة من إدمان الوالدين كليهما أو أحدهما، على المشروبات الكحولية والعقاقير.

2 ـ وجد أن الذين يؤذون أنفسهم هم في الغالب ممن لم يكونوا راضين عن شكلهم الخُلْقي.

3 ـ يعمد بعض الأفراد إلى إيذاء أنفسهم لعدم قدرتهم السيطرة على اندفاعاتهم الإنفعالية. والأشخاص الذين من هذا النمط الأخير، إنما يقومون بهذا السلوك كتعبير مغلّف عن صرخة ألم دفينة في أعماقهم من أجل استجلاب عناية الآخرين بهم. فهو نمط من السلوك مغاير للمألوف للإستئثار بالإنتباه والمحبة من الآخرين.

4 ـ وهناك النظرية التقليدية في تفسير دوافع إيذاء النفس، ومؤداها أن الإقدام على إيذاء النفس بالأشكال البشعة هو نوع من أنواع تفادي الانتحار، وأنه كذلك إعراب عن الخوف من الخصاء.

5 ـ يفسر إيذاء النفس أحياناً بأنه صرخة ألم، ولكن بصورة مخالفة، للتعبير عن فقدان شخص عزيز.

6 ـ يفسر أيضاً بأنه إنعكاس عن صدمة نفسية لخسارة شيء.

7 ـ هناك من يرى بأن إيذاء الذات على النحو المؤذي للجسد، يتخذ عدة مسارات وعدة سلوكيات مختلفة، منها:

(أ) أنه تنفيس عن التوتر.

(ب) أنه تخفيف عن مشاعر الإغراق في الأوهام.

(ج) إنه لحمل الآخرين على الإذعان لما يريده الذين يؤذون أنفسهم.

(هـ) إنه صورة من صور منح القائمين بإيذاء الذات فكرة واقعية عن أنفسهم في نظر الآخرين.

(و) إنه تعبير عن ألم أو عن خيال موهوم.

وفي جميع الحالات، فإن الأمر لا يمكن تفسيره بغير القول بأنه ضرب من الإنحراف النفسي. ولنقرأ، مثلاً، ما قالته نادلة مطعم (عاملة مطعم): (عندما أقوم بكشط جلدي، أو حينما أحرق جزءاً من جسمي، أو عندما أغرز الابر في مكان ما من جسدي وبخاصة في أحد ذراعي، فإني أحس بالأمان والراحة، ذلك لأنه في حالة انصراف الآخرين من حولي عني، وعدم إحساسهم بوجودي، فإن الألم ومنظر الدم يجعلاني أشعر بذاتي، فهما ينجداني). وهذا مدرّس خريج جامعة يذكر عن نفسه بأن (إيذائي لنفسي هو اختبار لنفسي لكي أعرف كم أستطيع أن أتحمل من الألم والأذى).

8 ـ إيذاء النفس يمكن أن ينتشر بين الأفراد الذين يعانون من انقسام في الشخصية المزدوج أو المتعدد. ويمكن أن يشيع أيضاً بين المرضى بالفصام (الشيزوفرينا). ولكن أخطر أنواعه، كبتر طرف من الأطراف، أو قطع أجزاء من الجسم، يوجد بين المصابين بفصام الشخصية، وبين المرضى بالذهانات الخطيرة، وبين الذين تعرض المخ عندهم إلى أذى وعطب بسبب ما، أو ممن أصيب دماغهم بالتهاب السحايا الحاد.

لذلك فإن المرضى بهذا المرض ـ مرض إيذاء الذت ـ يذكرون أنهم مدمنون على ما يقومون به بحق أنفسهم. وأنهم يحسون بالتوتر عندما يحاولون الامتناع عن ذلك. وأنهم يشعرون بالراحة في حالة إيذاء أنفسهم ـ لذا نرى بعضهم يتباهى بما يقوم به من أذى موجه إلى ذاته. وبعضهم يفاخرون فيصفون أنفسهم بأنهم (البتّارون) cutters!

ما العلاج؟

لا مناص من التحقق من جملة أسئلة تطرح على المريض، قبل البدء **بالعلاج**، من هذه الأسئلة:

- هل تؤذي نفسك وتجرح جسمك باستمرار؟
- هل دائماً تحرق جلدك؟
- هل تفكر كثيراً بكيفية إيذاء نفسك قبل القيام بذلك؟
- هل تلمس جروحك أو تنظر إليها بعد أن تجرح نفسك؟
- هل تشعر بتوتر زائد أو قلق عال قبل قيامك بإيذاء نفسك؟
- هل تشعر باللذة والاسترخاء بعد القيام بإيذاء نفسك أو قبله؟

الإجابة على الأسئلة الآنفة بالإيجاب برهان على انفلات دافع إيذاء الذات من زمام اليد.

ولهذا فإن تكرار إيذاء الذات مرة تلو الأخرى يُعَّد من أكثر الأمراض النفسية صعوبة، وأعقدها مشكلة بحيث يستعصي أحياناً فهمها جيداً، بل علاجها. ولكن يمكن القول أن الأساليب العلاجية التالية تجدي فتيلاً:

1 ـ العلاجيات النفسية المعروفة.

2 ـ التطبيب بالعقاقير المألوفة.

3 ـ الجمع بين النوعين المذكورين.

4 ـ في الحالات الحادة الخطيرة ينصح بدخول المستشفيات الخاصة بهذه الحالات النفسية.

جنون الإسراف المرضي

الإسراف أو الإنفاق بشكل قهري يعدّ مرضاً نفسياً بلا حدود، والسبب

لأنه يسبّب مشكلة واضطراباً، لكنه اضطراب لم يصنّف تحت جناح أية مجموعة من الأمراض العقلية والنفسية المعروفة. ويعرف بأنه عدم قدرة المبتلى به على التحكم بنزوة دوافعه للشراء من أجل الشراء، وليس من أجل حاجة، ولا من أجل ضرورة، ويكون الشراء الجنوني هذا فوق طاقة ما يحتمله القائم به. ويعد كذلك أنه عرض من أعراض مرضى الاكتئاب الهوسي.

ولا يعرف بالضبط عدد المرضى بهذا الإبتلاء. لكن ما يعرف بشأنه هو أنه يزداد بين الذين يتعرضون لضغوط نفسية stress، فيعمد بعضهم إلى الإسراف الجنوني هرباً من معاناة قاسية. بيد أنهم يلقون بأنفسهم في أتون ديون خانقة ناجمة عن هوس شاذ.

من أين يبدأ الداء؟

تتطور العلة من أيام الصغر، وبخاصة في مرحلة المراهقة. حينما يشعر بعض المراهقين أنهم ليسوا موضع اهتمام من ذويهم ولا اعتبار، فيلجأون إلى أساليب انحرافية، منها الإسراف بهوس، ظناً منهم أنهم يؤكدون بذلك قيمة اعتبار الذات الخاصة، في عيون الآخرين. وينغمس في هذا الوضع الشاذ كذلك المراهقون الذين لا يكونون عند حسن تطلعات آبائهم بهم. فهم لذلك ينغمرون في الإنفاق اللاعقلاني، توهماً منهم، إنهم يكتسبون بهذا السلوك ثقة بأنفسهم. وهكذا يسيرون على هذا الطريق حتى تستحوذ عليهم عادة الإسراف المرضي. فالبداية غير سليمة والنتيجة جد سقيمة: إنها المرض حقاً.

والنساء أكثر تعرضاً لهذا الإنفاق المرضي.

كيف الخلاص؟

كثير من المرضى بهذا الهوس الغريب يحسبون الأمر هيناً، فلا يكترثون

لسلوكهم هذا. ويعتقدون أن الأمر عادي، وأنهم ليهزأون حينما يقال لهم بأن تصرفهم هذا هو مرض نفسي وبعضهم يستفسر كيف يكون هذا مرضاً؟

الجواب أنه سلوك إدماني، وأنه دليل على اضطراب في الدافع إليه. ويجب التمييز بين الشراء الجنوني والشراء ليس بعصّي على الفهم والتبرير.

لذلك تجدر الإشارة إلى أنه إذا كان الشراء بهذا الشكل الجنوني ناجماً عن تنفيس عن الاكتئاب والاحتباس النفسي، فإن العلاج يدركه المختصون بالأمراض الدينامية وهذا النوع من العلاج يركز على العودة إلى أيام طفولة المريض للبحث عن بواعث المرضى وتقصي الأسباب.

ولهذا فإن جنون الإسراف يصفه المختصون بأنه (سلوك مدمّر للذات).

الفصل التاسع

اضطرابات تفكك الذات

- تفكك الذات.
- التشخيص.
- فقدان الذاكرة.
- فقدان الشخصية وتفككها.
- ما مدى تكرار المرض؟
- العلاج.
- الشرود التفككي.
- أسباب الشرود التفككي.
- العلاج.

تفكك الذات

لكل منا ـ نحن البشر ـ إحساس فريد بهوية ذاته. وهو إحساس نابع من وعينا بالحاضر الذي نعيشه، ومن ماضي الذكريات السابقات. فالهوية الذاتية هذه هي جوهر كينونتنا السيكولوجية. أما التفكك dissociation فيشير إلى أي شكل من أشكال التغير الحاصل في الشعور وما يترتب عليه من تطورات تغير من إحساسنا الإيجابي بهويتنا identity أو بذاتنا self، أو ما قد يؤثر في قدرتنا على إحكام التكامل في كل من ذاكرتنا وادراكنا للواقع المعاش. الأحداث التي تفضي إلى التفكك هي أحداث تكون عادة أحداثاً منفصلة في بداياتها، غير أنها تتراكم فتؤدي إلى اضطرابات تفكك الذات. فأولئك الذين يتعرضون لحادث مريع أيام طفولتهم، مثلاً، قد ينسون ذلك الحادث وما يرتبط به من تفصيلات، بيد أنهم يبدأون ينفرون من أشياء جمة في الحياة، وحتى من أصدقائهم، فتحدث لهم الغربة النفسية، وهم لا يدرون لماذا. ولكن واقع الحال أن كل ما ينتاب نفوسهم بعد ذلك إنما هو مرتبط بالحدث المروع الأول. إنهم أناس تعرضوا لما أفزعهم، لكنهم لا يستطيعون توحيد ذاكرتهم بما كان قد حدث لهم من قبل. وبعض الذين تضطرب لديهم الذات، يفقدون الإحساس بأجسادهم، فيشعرون وكأن أجسامهم منفصلة عن ذواتهم، وكأنهم يراقبون ما يجري من حولهم فلا يحسون أنهم يتحسسون إحساسات لعالم بهم يحيط، وهم فيه ومعه متفاعلون.

حالات التفكك الحقيقية، وفي شكلها المعتدل، يكثر انتشارها بين الأشخاص الأسوياء الذين يتمتعون بصحة جيدة، وبخاصة منهم أيام الشباب. فما أكثر ما نستغرق في أفكار في لحظات أو دقائق من حياتنا اليومية، كان يكون الواحد منا مستمتعاً بالإصغاء إلى نغم موسيقي رخيم، فلا نحس بما

يجري حولنا. ثمة دراسات أجريت تبين منها أن حوالي ثلث الذين شملتهم الدراسات، ذكروا أنها مرّت بهم لحظات أحسوا فيها وكأنهم كانوا يلاحظون أجسامهم وأنفسهم على شاشة سينما. ومن بين حوالي 70٪ من الكبار ذكروا أنهم كانوا أحياناً يمرون بأوقات لا يشعرون فيها بأنفسهم ولا يدرون أين هم، وكانوا يرون العالم المحيط بهم كأنه حلم وبه أشبه.

(وليس المهم أن ما يحدث هو أعراض التفكك واضطراباته، بل إن الأهم من ذلك كله هو كمونها وعدم تكرار ظهورها باستمرار) على حد تعبير د. دافيد سبيكك الطبيب النفساني المعروف.

ولعل الأعراض التالية، كلها أو معظمها، هي أظهر دلائل اضطرابات تفكك الذات:

- تنشأ لديه ذوات متباينة، متعددة، في آونة مختلفة.
- لا يستطيع مُفَكَّك الذات استعادة أحداث شخصية مهمة خاصة به.
- كثيراً ما يجد مُفَكَّك الذات نفسه في أماكن، أو في مواقف لا يعرفها، ولا يدري لماذا وكيف حصلت له.
- يمر بحالات وبانتكاسات وبحالات تشويش غير مألوفة.
- لا يستطيع تذكر أحداث مرّ بها، يسردها عليه الآخرون ومع ذلك يحس وكأنه يسمعها أول مرة.
- كثيراً ما يعثر على رسائل قديمة موجهة، لكنه لا يستطيع استذكارها ولا أصحابها.
- لا يستذكر أحداثاً صارمة أو ضاغطة حدثت له فتأثر بها بشدة.
- كثيراً ما يهجر داره أو عمله، ويذهب بعيداً دون أن يدري.
- كثيراً ما يكون مشوش الفكرة والذاكرة حول ذاته.
- كثيراً ما يكون غائباً عن جسمه وعما يحيط به، فكأنه يراقب جسداً غريباً عليه.
- تبدو له الأشياء دائماً إما أكبر من حجمها أو أصغر مما هي عليه.

- يبدو الأشخاص والناس له وكأنهم خشب مسنّدة، أو كأنهم دمى، أو كأنهم آلات وليسوا بشراً.
- يحس بضيق وكرب وعطب وبخلل في كل ما يقوم به من أنشطة وفي علاقاته كافة.

والمشكلات الموصوفة في هذا السياق ليست الخفيفة منها، وإنما هي تلك الاضطرابات التي تفضي إلى تفكك فتنتهي بتغيرات وحالات سيكولوجية كاربة. وتتوقف اضطرابات تفكك الذات على استجابات الشخص وعلى ردود فعله لمكونات محيطه، ولمختلف الضروب الثقافية.

هذه المشكلات وإن كانت كاربة للنفس جداً وللغاية، فإنها في الوقت نفسه لها أيضاً وظائفها النفسية، من وظائفها مثلاً، إنها تعمل كدروع لحماية الذات من الصدمات العارمة التي لا تطاق، الصدمات الكادمة للنفس. والصدمة، كما يعبر عنها سبيكل (هي ما يمكن فهمها بأنها خبرة أو تجربة يمر بها الفرد فتتجسم في نفسه، فتغدو أمراً لا يطاق، وتتحول إلى شيء لا يحتمل، حتى تحيل الشخص لا مبالياً، فيتبلّد إزاء كل ما في الحياة. إنها الصدمة التي تُفقِد المرء قدرته على التحكم بكيفية توجيه مقدرات جسمه). هذه النظرة المتحققة هي التي حدت بالمختصين إلى أن يعدّوا التفكك وقاءً يقي صاحبه ضد الصدمة: أي أنه لا يعود يكترث لها. فراح المختصون بالأمراض العقلية والنفسية ينظرون إلى عوامل التفكك على أنها الإبقاء على التحكم المؤقت بما يتعرض له الجسم من خلخلة في وقت ما.

مَنْ مِن الناس يتعرض لاضطرابات التفكك هذه؟

يتعرض لأعراض التفكك هذه واضطراباتها أولئك الأفراد الذين مروا أيام طفولتهم أو بعدها بتجارب قاسية: تجارب تعرضوا لها جسدياً، أو هددت حياتهم من ذلك مثلاً، أولئك الأشخاص الذين نجوا من الحريق المدمّر في أوكلاند، كاليفورنيا، عام 1991، ومن زلزال خليج المكسيك عام 1989، ومن حرائق غابات أوستراليا عام 1983، ومن انهيار الناقلات السلكية (التليفريك) في

مدينة كنساس سنة 1981. فحوالي ثلث الناجين من تلك الكوارث **تطورت** عندهم حالات التجمد الانفعالي فيما بعد، فأصبحوا أناساً كأنهم يعيشون في عالم غريب.

فاضطرابات هوية الذات مرض مزمن معقد، ذلك لأنه يشمل كلاً من ذاكرة الفرد وهويته الذاتية. إنه اضطراب يتناول الشخصية كلها. فتصبح شخصية المريض غريبة الأطوار، ويغدو الفرد المريض بهذا التفكك فاقداً الإحساس بكينونة ذاته (لأنه الفشل الذريع للشعور بتكامل الذات والشخصية) على حد تعبير سبيكل. وللمصاب بهذا التفكك شخصيتان: two personalities، أو تغيران two alters. لكن الحقيقة هي أكثر من ذلك إذ يمكن أن تكون للفرد المصاب مائة شخصية. لماذا؟ ذلك لأنه بقدر ما يتعرض له المرء من مشكلات، وانتهاكات، وعقبات إبان طفولته وبعدها، يمكن أن تتضاعف هذه التفككات.

يعتقد المختصون بالأمراض النفسية أن الناس، فيما مضى من الزمان، كانوا يخلطون بين التقلبات المزاجية والاضطرابات التفككية الذاتية. لكن الاكتشافات الدقيقة لمثل هذه الحالات قد تزايدت بشكل لافت للنظر. ففي السبعينات مثلاً لم يزد عدد الذين شخصت حالات التفكك الذاتي عندهم، عن (200) شخص. لكن هذا العدد ارتفع عام (1980) إلى (6000) ستة آلاف شخص. والعلة وراء هذا الازدياد المطرد يعزى إلى كثرة الاعتداءات الشاذة على الأطفال من الجنسين، وكذلك التهديدات والكوارث التي راحت تهدد الناس بالخوف والتخويف. ويقدّر عدد الذين ينتابهم مرض التفكك الذاتي الآن بحوالي (3٪).

وأكثر الذين يعانون من اضطرابات الشخصية في الوقت الحاضر هن من النساء. إذ تقدّر نسبة اللائي يعانين من اضطرابات الشخصية المفككة بـ (75٪ ـ 90٪). ولكن لماذا يكثر عدد النساء؟ ذلك لأن الرجال يحاولون حل مشكلاتهم بأساليبهم الخاصة، وغالباً ما يرافقها التوتر والعنف، لذلك ينتهي بهم المطاف إلى السجون.

وأبرز الأسباب الكامنة وراء تدهور هوية الذات هي:

1 ـ العنف ضد الأطفال أيام الطفولة.

2 ـ الاعتداء بشكل شاذ على الأطفال.

3 ـ قسوة الأبوين على الأطفال.

4 ـ الصدمات الانفعالية الحادة.

5 ـ الإحساس بالإهمال.

6 ـ تلك الأسباب إذا ما تراكمت، فإنها ربما تولد استعدادات بين أفراد الأسرة والأقارب، فهي لذلك تنتقل مستقبلاً على صورة استعدادات من جيل إلى جيل.

الأفراد الذين يعانون من تفكك هوية الذات يحسون بالإغتراب. وأكثرهم يمكن أن يتقبّل العلاج. وهم يكثرون من لوم الذات. فيقول لك الواحد منهم، مثلاً إنه يستحق الحالة التي هو فيها وفي الغالب يخفون ما هم عليه من أوضاعهم النفسية المفككة لكيانهم الذاتي.

التشخيص

يعتمد التشخيص على جملة أسئلة توجه إلى المريض منها:

- هل تحس بأن لك شخصيتين أو أكثر في كيانك؟
- هل الشخصيتان أو الشخصيات المتعددة يفلت زمامها من يدك فتسيطر على سلوكك؟
- هل تعجز أحياناً أن تستعيد أحداثاً مهمة مرت بك في حياتك؟
- هل انتبهت يوماً فوجدت نفسك في مكان غريب أو في محل لا تعرفه؟
- هل تشعر أحياناً بأن الوقت مشوش لديك؟
- هل تجد صعوبة في تذكر ما يقصه عليك الآخرون من أحداث عابرة في الحياة؟

- هل لاحظ عليك الآخرون تغيرات في سلوكك؟
- هل عثرت يوماً على رسائل أو مقتنيات كنت تظنها يوماً ما ليست لك؟
- هل مرّت بك أوقات تسمع فيها أصواتاً في داخل رأسك وهي تلح عليك بالقيام بعمل معين؟

لذلك فإن العلاج يتوقف على نبش الماضي بتفاصيله وضروب العلاج تختلف من حالة إلى أخرى، ولعل من بينها الدخول إلى المصحات العقلية والنفسية.

هناك حالة أخرى من حالات اضطرابات الذات، وهي:

فقدان الذاكرة

غياب الذاكرة أو فقدانها ينشأ عن اضطراب تفكك عملية التذكر dissociative amnesia. هذا النوع من الاضطراب التفككي قد لا يطول كثيراً. وأعراضه أن الشخص لا يتذكر شيئاً حتى عن ذاته، وأحياناً ينسى من هو. وأحياناً ينسى كل ما مرّ به من أحداث وقت وقوع ملمات مهمة.

ينجم فقدان الذاكرة عن شدة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد. ويحصل أيضاً نتيجة لإصابة المخ بعطب، ونتيجة لصدمة نفسية عنيفة، أو نتيجة لتسمم المخ بشكل مستمر. يحصل فقدان الذاكرة أحياناً بشكل مفاجىء.

لذلك فإن الذين يفقدون ذاكرتهم بحاجة إلى مراقبة مستمرة، ودخول المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية. إدخالهم المستشفيات يشعرهم بالأمان فيستعيدون ذاكرتهم تدريجياً. وهناك علاجات يعرفها المختصون يعتمدون فيها على معايير مهمة، منها أسئلة محددة لا بد منها وهي على سبيل المثال:

- هل فقد الفرد ذاكرته إلى حد يصعب عليه تذكر معلومات شخصية تتعلق بهويته، قبل العثور عليه؟

- هل فقدان الذاكرة أشمل وأعمق مما يمكن تفسيره بأنه نسيان اعتيادي؟
- هل فقدان الذاكرة قائم بذاته أم أنه يرتبط بأسباب أخرى أدت إليه، مثل التسمم، حالة حادث جسمية، استعمال عقاقير ضارة، أو حالات إنسحابية مزمنة؟

لهذا فإن النسيان المرضي يمتد من الحالات الحقيقية إلى أقصى الحالات الحادة ويتوقف على طول المدة التي تبقى فيها معلومة. أغلب حالات فقدان الذاكرة لأسباب معينة تمتد لمدة أربع وعشرين ساعة، وتستمر أحياناً عدة أشهر، وفي أحايين أخرى تمتد إلى سنوات.

فقدان الشخصية وتفككها

ينطوي فقدان الشخصية الناجم عن تفككها، على إحساس الفرد إحساساً مستمراً، قوياً، ومزعجاً، بعدم واقعية ذاته. وأنه ليصعب الأمر غاية الصعوبة على الفرد المريض بهذا المرض أن يصف لك حقيقة ما يعانيه من غرابة مرضه ومن سخافة أطواره التي تبلغ حداً أحياناً أنها ترعبه وتفزعه نظراً لما يمر به من خبرات شاذة. ولعل أبسط ما يقولونه لمن يسأل الواحد منهم: ماذا تحس؟ فيجيب (أشعر أني على وشك الجنون)، أو قد يقول: (أكاد أجن). ويذكر لك بعضهم أنهم (مصنوعون من الخشب،)، ويردد أمامك غيرهم أنهم: (دُمى). ويقول لك آخرون أنهم (يقفزون خارج أجسادهم فيرونها عن بعد). ويشكو بعضهم من غرابة الواقع من حوله، فلا يحس أنه جزء من بيئته، وهي ظاهرة تسمى الإفراغ من الواقع derealization.

أحداث فقدان الشخصية تحصل عادة بغتة وفي كثير من الأحيان بدون مقدمات، وتستمر الحالة لمدة دقائق، أو ساعات، أو لمدة أيام، وهكذا تستطرد إلى فترات أطول. وفي حالة اضطرابات فقدان الشخصية هذه، تكون ازعاجاتها عادة متواترة أو متقطعة، وتتسبب في ضغوط نفسية شديدة، وينجم عنها كرب نفسي حاد بشكل لا يطاق يترتب عليه تناقص الكفاءة في الأداء

الوظيفي العام. ويعتقد بعض المعالجين النفسانيين أن فقدن **الشخصية كثيراً ما يحدث** كعرض لإضطراب آخر، إما كاضطراب قلقي حاد غير عادي، أو **يأتي** نتيجة للفصام (الشيزوفرينيا). فهو في نظر هذا الفريق من أطباء النفس، ليس بالمرض المنفصل وحده.

ما مدى تكرار المرض؟

فقدان هوية الشخصية ونسيان الذات هذا يحصل بنسبة حوالي (70٪) بين الشباب الناشئين. وإن الذين يتلقون العلاجات النفسية حوالي الثلث منهم يذكرون أنهم تعرضوا لفقدان الشخصية، وذكروا أنهم أصيبوا به على أثر قلق حاد أو نتيجة لإكتئاب. وأسباب هذا المرض غير معروفة على وجه التحديد بعد. وإنما المعروف عنه أنه يحصل في فترة المراهقة وفي بدايات مرحلة الشباب المبكر. ومعروف عن المرض أنه يحدث استجابة لعدة عوامل منها:

1 ـ نتيجة لتهديد مخيف وظروف مفزعة كالتعرض لإطلاق نار مرعب، أو زوبعة تهدد منزل المريض، أو نظراً لحريق مفاجىء.

2 ـ نتيجة لصدمة فتستمر فترة.

3 ـ نتيجة لضغوط نفسية قاسية.

لذلك فإن الفرد الذي يفقد شخصيته يصبح ذاهلاً، غريباً على نفسه، وعلى محيطه كله. وللتحقق من عمق حالته التي يكون عليها، ثمة أسئلة لا بد من توجيهها إليه، منها:

- هل تتكرر عندك حالات الشعور بالانفصال بين العقل والجسد؟
- هل ترى نفسك كأنك خارج جسدك؟
- هل تبدو لك الأشياء أصغر من حجمها الحقيقي أو أكبر مما هي عليه؟
- هل يبدو لك الناس الآخرون كأنهم موتى، أو كأنهم دمى تتحرك، أو كأنهم آلات؟

• هل تجد صعوبة في تذكر الأحداث والتجارب التي مرت بك؟
• هل حالاتك التي مرت بك أزعجتك أو تزعجك الآن وحالت دون أداء واجباتك؟

العلاج

إذا كان فقدان الشخصية قد تأتى نتيجة لمرضي القلق والفصام، فإن علاج هذين المرضين يخفف من مرض فقدان الشخصية وربما يشفيه أيضاً. ومع ذلك تقنيات أخرى يمكن أن تسعف الحال في هذا المجال، منها على سبيل المثال:

1 ـ تعليم الأفراد المصابين بفقدان الشخصية كيف يعومون بعين العقل فوق المشكلة للتخلص مما هم فيه من ضيق.

2 ـ تدريب المرضى بهذا المرض على كيفية الاسترخاء العضلي.

3 ـ التركيز في العلاج على كيفية استخراج الاستجابات الإنفعالية المكبوتة.

4 ـ البحث عن الصدمات الانفعالية التي نجم عنها المرض ثم البدء بالعلاج من هناك.

5 ـ إستخدام بعض العقاقير المضادة للقلق، فهي تجدي في هذا المجال. ولكن يجب التأني في هذا الاستعمال، وذلك لأن بعض حالات فقدان الشخصية والإفراغ من الواقع إنما ينجمان عن التأثيرات الجانبية لهذه العقاقير.

الشرود التفككي

الأفراد المصابون بالشرود التفككي ينسون من هم، وقد ينتحلون، دون وعي منهم، هوية جديدة، وكثيراً ما يرحلون إلى أماكن أخرى وهم لا يدرون

لماذا. وعندما يستعيدون ذاكرتهم فلا يتذكرون في الغالب شيئاً مما حصل أثناء شرودهم الذهني ذاك. وحالات الشرود هذه أميل إلى أن تكون وجيزة في الزمن فلا تطول عادة وهي لا تتكرر بعد الشفاء منها.

هذا النوع من الاضطراب التفككي نادر الحصول عادة، وهو يحدث في الغالب أثناء أزمات الحروب، أو بعد كارثة طبيعية، أو أثناء ضغط نفسي كامد وغامر. فالجندي في الجبهة، مثلاً، يمكن أن يهيم على وجهه بلا وعي متعمد فلا ينتبه إلى نفسه وقد يعثر عليه هائماً ولا يتذكر من هو ولا يعرف أين هو.

أسباب الشرود التفككي

ثمة أسباب شتى يترتب عليها الشرود التفككي هذا، ومن أهمها:

1 ـ خبرة صادمة عنيفة في الحياة.

2 ـ تجربة كاربة، أي تكرب النفس فيصاب الفرد بالكمد.

3 ـ ضغوط نفسية حادة كخسارة مالية كبرى مثلاً.

4 ـ نكد متكرر.

5 ـ زلزال ماحق.

6 ـ طوفان مدمر.

7 ـ حريق ساحق.

وأغلب الناس الذين يتعرضون لحالات الشرود هم أولئك الذين يتقبلون الإيحاء بسهولة، والذين نشأوا وهم لم يتعودوا على مواجهة شدائد الحياة. لذلك فهم يستسلمون للشرود كأسلوب هروبي. ولهذا فإن تعاطي الكحوليات بكثرة يمكن أن يفاقم من خطورة الحالة الشرودية هذه. وقد وجد أن الأفراد الذين يتعرضون لهذا الاضطراب المزعج أكثر من غيرهم هم أولئك الذين لديهم دوافع إلى الانتحار. والشرود المرضي هذا يمثل لهم نوعاً من أنواع المحاولة

الانتحارية وأنه جزء يعكس الرغبة إلى الميل الانتحاري.

ويمكن أن يكون الشرود التفككي هذا عرضاً يدل على مرض يتضمن عدة علل، منها على سبيل المثال:

1 ـ خلل في الجهاز العصبي المركزي.

2 ـ عرض لصرع.

3 ـ مرض الزهايمر.

4 ـ عطب جراء صدمة رضيّة في المخ.

5 ـ مرض جراء استعمال العقاقير مما أثر على الوظائف العقلية.

وكثيراً ما يحصل الشرود التفككي هذا لبعض الأفراد إما بعد اليقظة من النوم، أو بعد فترات عدم النوم لمدة طويلة. وفي أكثر الحالات لا يستمر الشرود أكثر من ساعات قليلة وأحياناً بعض الأيام.

والأفراد الذين لديهم استعداد للشرود التفككي هذا تراهم يتحاشون الآخرين، فلا يندَمجون كثيراً بالناس، وتكون علاقاتهم الاجتماعية جد محدودة. وفي أغلب الأحيان ينسون هويتهم الذاتية. ولكنهم لا ينتحلون هوية غيرهم إلا قليلاً. وهم أحياناً يسمّون أنفسهم بأسماء أخرى ويعيشون في أماكن جديدة، وهم ناسون أسماءهم الأولى القديمة وأماكن سكناهم الماضية. وهم أحياناً يقومون بازعاجات ومضايقات للآخرين، قد تكون بالكلام أو بالاعتداء البدني.

لذا يجب أن يسارع من يعرف شيئاً عن حالات هؤلاء إلى نجدتهم بكل الوسائل لمساعدتهم.

وهناك أسئلة لا معدى من التحقق منها بشأن حالات أولئك الذين يعانون من هذه الأعراض المزعجة.

- هل هجر الشخص بيته أو عمله بدون سابق تخطيط ولا فكرة ماضية؟
- هل سبق له/لها، أن وجد صعوبة في استذكار الماضي؟

- هل يعاني من اضطراب في معرفة هويته الذاتية؟
- هل الشخص المريض، كان يتعاطى المشروبات الكحولية أو العقاقير؟
- هل كان المريض يعاني من أمراض أخرى كالصرع مثلاً؟

الإجابات على هذه الأسئلة بالإيجاب تتطلب نجدة المريض بأسرع ما يمكن. ذلك لأن إهمال الحالة قد ينتهي به إلى أن يقترف جريمة، أو يقع فيما يضره، أو ربما ترمي به حالته في غياهب السجون.

العلاج

الذاكرة التي كانت سليمة قبل حالة الشرود، يمكن أن تعود عادة، وعودتها تكون تلقائية، ومن غير علاج. فإذا امتد أمد الشرود فإن العلاج يتم بالتنويم المغناطيسي، وأن جلسة واحدة تكفي لاسترجاع حالة التذكر. وإذا اقتضى الأمر فعدة جلسات. ولكن يجب قبل ذلك ممارسة العلاج النفسي. فإذا أجدى فهو المطلوب وإذا تعذر الشفاء، فيتم اللجوء إلى التنويم المغناطيسي كما أسلفنا.

يتم عند العلاج بالتقنيات النفسية، أو بالتنويم المغناطيسي، تشجيع الشخص المريض بالشرود على تذكر ما حصل له/لها، مباشرة قبل حدوث الحالة له. ويتم إتباع سبيل التداعي الحر free-association، وذلك من أجل ملء الفراغات الحاصلة في زوايا الذاكرة.

أسلوب آخر يمكن إتباعه في العلاج، ذلك هو تشجيعه على الكتابة الفورية، وبدون تفكير، وبدون تردد، ليضع على الورق كل ما يرد على ذهنه. فالكتابة الأتوماتيكية هذه تجعل المريض يفرغ ما لديه من شحنات انفعالية وما كان قد طرأ له قبيل الحدث المرضي، وهذا الأسلوب يعد منبّهاً للذاكرة.

مرّ القول آنفاً أن الشفاء من الشرود التفككي أمر سريع ومن غير تعثر عادة. هذا وإن الانتكاسات فيه نادرة.

الفصل العاشر

أمراض نفسية تنشأ عنها اضطرابات جسمية

- البدايات والأعراض.
- كيف يحس الوسواسيون هؤلاء؟
- اضطرابات التشوهات الجسمي.
- اضطرابات جسدية فسيولوجية.
- الأمراض التحولية.
- اضطرابات أخرى:

1 ـ اضطرابات غير معروفة الأصل.

2 ـ اضطرابات وأمراض موهومة.

3 ـ أمراض خرافية مصطنعة.

البدايات والأعراض

حينما يتعرض الفرد إلى أمراض نفسية تترتب عليها، دون شك، أعراض تصيب كامل كيان الفرد من الناحية الجسمية. وهناك جملة حقائق في ضوئها يستبان أن الشخص يشكو من اضطرابات تتخذ صيغة التبادل المرضي بين النفس والجسم، فيكون الحاصل هو شكوى نفسية ـ جسمية somatoform disorder. من هذه الحقائق:

- قلق مستديم من شكوى مرضية جسمية خطيرة، حتى وإن لم تظهر ثمة أعراض فسيولوجية بعد الفحص الدقيق.
- اعتقاد المريض بأن هناك تشوهات مستقبحة في تكوينه الخلقي، علماً بأن ما من أحد يلحظ عليه مثل هذه التشوهات.
- شدة الحساسية اللاسوية لدى الفرد حول عدم إكتمال تكوينه الفسلجي كغيره من سائر الناس، وعلته أو حجته أحياناً أن في جسمه أثر الوحام، أو يقول لك: هناك خلل في مكان ما من جسده.
- شكوى مُرَّة من عجز في مكان من جسمه، وإن لم يكشف الطب عن هذا العجز المزعوم.
- نمو إعتقاد وهمي لدى المريض يعزو أسبابه إلى أسباب عصبية: أي إلى أعصابه الجسمية فيرتّب عليها أوهاماً مرضية مثل الزغللة البصرية، والهلوسة السمعية، وتوهم الصعوبة في البلع، وعدم التآزر في الحركات الخاصة بالأطراف.
- الإدعاء بوجود أعراض جسمية أو نفسية كائنة فيه، وفي حالة تأكيد عدم وجودها لديه، يروِّغ فينسبها إلى آخر يعرفه، من منطلق الوهم والتحبب إلى الآخر، وكأنه يعيش في إهاب ذلك الشخص!

ليس مستغرباً القول بأن ما نمرّ به ـ نحن البشر ـ من خبرات يومية، ومن تجارب حياتية، فتثير فينا شتى الانفعالات، تمرّ بنا ونمرّ بها، من غير تأثر بها، أو دون أن تترك فينا وفي أغوار ذواتنا خدوشاً تتبدى آثارها في سلوكنا. بل لعلها تقلقنا بعض الوقت في أقل تقدير. ولنا من الحياة اليومية نماذج:

- خذ مثالاً على ذلك امرأة تتقدم بطلب لشغل وظيفة معينة، وتنتظر المقابلة في اليوم التالي، فهي لا تنام تلك الليلة تتقلّب في فراشها قلقة.
- ولعل ممثلاً يفتتح مسرحية، فتراه يتقيأ بفترة وجيزة قبيل رفع الستارة لبدء العرض.
- وتأمّل امرأة أرملة غمرها الحزن والأسى فتروح تشكو من وجود بلغمة (ما يشبه اللقمة) معترضة في حنجرتها وتسد عليها المريء.
- وشخص مات أبوه في عمر مبكر جراء نوبة قلبية، فتراه يتخوف على نحو مستفظع من أي ألم بسيط في صدره توهماً منه بأن القدر يخبّىء له مثل مصير أبيه.

اهتمامات كهذه، وما يضارعها من ردود أفعال تصدر عن أصحابها بهذا الشكل، تعدّ، من وجهة نظر نفسية، جد طبيعية. بيد أن التمييز بين حالات اعتيادية كهذه، والحالات الخاصة بالاضطرابات النفسية الحادة، يتوقف على عاملين مهمين، هما:

أولاً: شدة الحالة.

ثانياً: مقدار الزمن الذي تستغرقه تلك الحالة.

ففي بعض الحالات، تعزى الأعراض الحادة هذه إلى عناصر تستدعي العلاج، منها مثلاً:

1 ـ الاكتئاب.

2 ـ القلق.

3 ـ اضطرابات سوء التوافق.

جميع هذه الحالات، بما فيها الاضطرابات النفسية ـ الجسمية، وكذلك الاضطرابات التحولية conversion disorders، التي تنطوي على أعراض عضوية دون أن تكون لها أسباب معروفة، مضافاً إلى ذلك الوساوس المرضية hypochondriasis واضطرابات التشوهات الخلقية التي تتركز الشكوى منها حول مرض معين أو مظهر مخل موهوم، هذه كلها حرية بأن تسبب للفرد مضايقات مزعجة وكربات نفسية أساسية تحول بينه وبين ما ينبغي له أن يقوم به في حياته اليومية بشكل إعتيادي. والناس الذين لديهم هذه الإضطرابات لا سيطرة عندهم تمكنهم من إخفاء مشاعرهم، وما به يحسون، وأنهم لا يأتون بأعراضهم هذه بشكل شعوري وهم لا يدّعون أعراضهم واضطراباتهم عن وعي مقصود.

أما في الحالات المخالفة لما ذكرنا من أمراض، في حالة الأمراض الوهمية الزائفة، فإن الأفراد يدّعون عامدين أعراضاً موهومة هي من ابتداع خيالاتهم المشوشة، فينسبونها إلى أنفسهم أو يلصقونها بسواهم ولا غاية عملية من كل ما يدّعون، إلاّ الظفر بالانتباه، والحصول على العناية الطبية التي هي في غير مكانها.

فالاضطرابات الجسمية المختلفة والشكوى من وجود أعراض لها يتذمر منها المريض نفسياً، هي أعراض وشكاوى لا سند لها من الواقع. وحقيقة ما يشكو منه بعض الأفراد من اضطرابات وأعراض، إن هي في الواقع إلاّ حالات ضغوط نفسية، وصدمات سيكولوجية ألّمت بهم في ظرف من ظروف حياتهم فبقيت تعمل عملها وتعتمل في أعماق نفوسهم، أشبه بالجمر المتلظي تحت الرماد، فلا تظهر آثاره إلا بعد حين. والأشخاص الذين يكثرون من تذمرات ترتبط باضطرابات ذات طبيعة جسمية، إنما هم ينشدون العلاج الجسمي عبثاً، ذلك لأنهم ليسوا في واقع الأمر بحاجة إلى ذلك العلاج. إذ إن علاجهم يكمن في تحري الأسباب المرضية النفسية التي أدت بهم إلى الشكوى من المشكلات الجسمية.

تتخذ الاضطرابات النفسية التي تنتهي بتوهمات مرضية جسدية، أشكالاً

شتى، منا مثلاً:

1 ـ توهم المرض أو الوسواس المرضي hypochondriasis.

2 ـ توهم التشوهات الخَلْقية body dysmorphie.

3 ـ اضطرابات جسمانية... إلخ somatization disorders.

فتوهّم المرض عرّفته أدبيات الطب النفسي الأميركي بأنه: (إنشغال عقل الفرد المريض بالمرض أو بالخوف من أي مرض انشغالاً وهمياً لا سند له من الواقع يدعمه). الأفراد الذين لديهم وساوس كهذه يعتقدون أن أية إحساسات تطرأ في أي مكان من أجسامهم بأنها أمراض حاصلة لهم. إذ يدفعهم قلقهم الزائد عن الحد إلى أنهم مرضى بمرض الأيدز (نقص المناعة)، أو أنهم مرضى بالسرطان، أو قد يتوهمون أي مرض آخر، فيبقى قلقهم مسيطراً عليهم، حتى بعد إجراءات أدق الفحوص الطبية عليهم، ورغم كل التأكيدات لهم بأنهم ليسوا مرضى جسمياً. تستمر شكواهم ملاصقة لأعماق شعورهم مما يضطرهم إلى التنقل بين عدة أطباء والذهاب إلى عدة عيادات. وقد يقتنعون أحياناً بالتطمينات التي تتكرر عليهم، غير أنهم رغم ذلك، لا تزايلهم وساوسهم.

والسؤال الآن ما مدى انتشار هذه الوساوس؟

إتضح من بيانات الدراسات المسحية الكثيرة المختلفة أن حوالي (10٪ ـ 20٪) من الأشخاص الأصحاء، وحوالي (45٪) من أولئك الذين يراجعون المختصين بالصحة النفسية، هم أشخاص يعانون من أوهام كهذه. وأغلب هؤلاء يتقبلون تأكيدات أطبائهم، ولكن رغم هذه التأكيدات، فإن نسبة (4 ـ 9٪) منهم تبقى الوساوس تفعل فعلها في نفوسهم.

ثمة سؤال آخر: ما الذي يسبب الوساوس المرضية؟

خلال عقود من السنين تجمعت لدى المختصين بالصحة النفسية بيانات مختلفة وحقائق شتى بشأن أسباب الوساوس المرضية هذه. ذلك أن الأفراد الذين لديهم هذه الاضطرابات قد خبروا تجارب حملتهم على أن يركزوا انتباههم على أعراضهم الجسمية دون غيرها. فبعضهم مثلاً إما أنهم مروا أثناء حياتهم

بمرض خطير أو أنهم أثناء طفولتهم شاهدوا أحد أفراد أسرتهم قد عانى من مرض جسمي عضال. ثم أننا لنجد أن أولئك الذين يكابدون من حساسية مفرطة وغير طبيعية إزاء حالاتهم الجسمية، هم في الأسساس أبناء لآباء كانوا يبدون من القلق بما لا داعي له حينما يمرض ذلك الطفل، وعلى العكس من ذلك ينعم بالعافية. فينشأ ذلك الطفل بين نمطين متناقضين تمام التناقض في موقفين سلوكيين متطرفين من أب واحد إزاء ابنه أو أبنائه في حالتي الصحة والمرض. فالأمراض هذه، ومنها مرض الوسواس إنما تنشأ من عدة عوامل، ولا عامل واحد بعينه يمكن أن يكمن وراء إطلاق شرارة المرض. فأي حدث من أحداث الحياة يمكن أن يستثير الخوف، أو المرض، من ذلك رؤية موت شخص أمام عين الفرد الحساس، أو أي قلق نفسي غير عادي يمكن أن يفضي إلى اضطراب أو أن يؤدي إلى اكتئاب وبالتالي ينتهي إلى اضطراب جسمي وأعراض تبدو وكأنها أمراض جسمية.

ونظراً إلى أن أشخاصاً من النمط المذكور لا تجدي معهم التطمينات، ولا تنفع مع مثلهم التوكيدات، فإنهم يستمرون في شكواهم تلك لأن وسواسهم المرضي هو المستحوذ على تفكيرهم، فيمكثون في قلقهم يتخبطون. لذلك فإن أعراضهم القلقية هذه، ومنها سرعة ضربات القلب مثلاً، تلازمهم ولهذا تترسخ لديهم قناعة وهمية، بأنهم ضحايا مرض جسمي معين: وهو مرض من خلق خيالهم الوسواسي. فهم لذلك لا يعودون يثقون بطبيبهم الذي يؤكد لهم عكس ما يتوهمون.

كيف يحس الوسواسيون هؤلاء؟

تستحوذ على هؤلاء الأفراد أفكار تستأثر بكل تفكيرهم، من ذلك مثلاً:

1 ـ التفكير كل الوقت بكيفية عمل وظائف الجسم.

2 ـ كيف يعمل القلب؟

3 ـ وهل يتصبب جسمه عرقاً؟

ولكن يا ليت الأمر ينتهي عند هذا الحد لديهم. فأقل حساسية في الجسم، وأقل زكام أو سعال يفسرونه علامة مرضية خطيرة.

إن أشخاصاً من هذا النمط ما أسرعهم إلى تفسير أي شيء في أجسامهم بأنه أمر بالغ الغرابة. فحينما يشعر الواحد منهم بأقل دوخة أو دوار بسيط جراء جلوسهم بسرعة أو وقوفهم بسرعة، وبدلاً من معاملته كأمر عابر، تراهم يفزعون، ويبقون حذرين متوجسين خائفين من معاودته إياهم. وهكذا يزيدون أنفسهم توتراً على توتر. حذرهم المفرط هذا، وتوترهم التشنجي هذا، كله يزيدهم قلقاً على قلق.

لذلك تجد الأشخاص الذين استحوذ عليهم الوسواس المرضي الخانق هذا، يضيعون وقتهم عبثاً بالتنقل بين الأطباء الذين يؤكدون لهم، دون جدوى، إن ليس ثمة مرض عضوي يكمن في خلايا أجسامهم. ورغم كل هذه التوكيدات، فإنهم لا يطمئنون.

ولهذا ترى بعضهم غاضبين على أنفسهم جراء الضغط النفسي الواقع عليهم جراء وسواسهم، وتراهم كذلك غاضبين على الطبيب المعالج جسمياً لأنه لم يكتشف مرضهم الموهوم.

هناك معايير من خلالها يستشف الطبيب النفساني، ما إذا كان الفرد المراجع يعاني من مرض وسواسي. من ذلك مثلاً جملة أسئلة توجه إلى المريض.

- هل أنت دائم القلق من خشية الوقوع تحت طائلة مرض معين؟
- هل لديك ميل إلى أن تفسر أية علاقة بسيطة غير طبيعية في جسمك بأنها إشارة على مرض خطير؟
- هل قلقك هذا يستمر لديك رغم تأكيد الأطباء عكسه؟
- هل تعتقد أن هناك فحصاً معيناً يجب أن يجريه عليك الأطباء رغم تأكيدهم بأنه لا ضرورة له؟

• هل استمرت مخاوفك المرضية هذه معك لمدة ستة أشهر في الأقل؟

في حالة الإجابة على معظم هذه الأسئلة أو عليها كلها بالإيجاب، فإن الحالة تشير في هذا الموقف إلى وجود الوسواس المرضي.

تجدر الإشارة إلى أن هناك تبايناً بين الأشخاص الذين يعانون من حالات كهذه، من ذلك مثلاً:

1 ـ اعتقاداتهم.

2 ـ مخاوفهم.

3 ـ أنماط شخصياتهم.

لذلك فإن العلاجات تتوقف على كل هذه العناصر. ويجب على هؤلاء المرضى أن يثقوا بطبيب واحد، ولا فائدة لهم بالتنقل بين عدة أطباء.

والعلاج يكمن في الثقة بطبيب نفساني لأنه هو المؤهل في التصدي لمثل هذه الحالات الوسواسية. والأفضل أن يجتمع الطبيب النفساني مع طبيب الجسم الذي جاءته تلك الحالة أو الحالات، وفي هذا يكمن أنجع العلاج. يجدر إفهام المريض بأن فترة وجيزة جداً للشفاء قد لا تكفي.

أساليب مختلفة في العلاج تمّ إتّباعها. وكلها مبنية على ما تراكم خلال السنين من خبرات في هذا الميدان. من ذلك مثلاً:

1 ـ التركيز على الجانب التعليمي للمريض.

2 ـ تشجيع الفرد على أن ينفّس عما في نفسه وأن يذكر بصدق وصراحة عن أسباب أعراضه.

3 ـ التعبير عما يساور المريض من مخاوف.

وتكرار الجلسات مع المريض أفضل، لأن هذا الإجراء يمكّن المريض من الإحساس بالاطمئنان أكثر، لأن فيه يتكرر له التطمين والتوكيد بأنه سيتعافى.

معظم الأفراد الذين يعانون من الوساوس المرضية، يجهلون حقيقة العلاقة

بين الجوانب الانفعالية والجوانب التي ترتبط بالأعراض. ولهذا فهم بحاجة إلى أن يفهموا أن الأعراض الجسمية وما يصيب جسم الإنسان أحياناً من أمراض أو أشياء طارئة إنما هي أمور اعتيادية، وأنه ليس من بين هذه الأمراض الجسمية إلا النزر اليسير الذي قد يسبب أمراضاً بالمعنى الحقيقي لكلمة الأمراض. أما ما يطرأ بشكل عابر فهي حالات لا يُعتدّ بها. وإذن، فلا لزوم إلى القلق بشأنها.

يجب أن تتم توعية هؤلاء المرضى - أي المرضى الوسواسيون، على إن تركيز أحدهم على عضو معين بالذات من جسمه، يجعله تماماً شديد الحساسية، ويزيد من حدة تخوفه أكثر. وتكرار الجلسات، ولتكن أكثر من جلسة في الأسبوع هي من عوامل التفهيم بهذه الأمور، والتوعية، والتطمين، كما أسلفنا قبل قليل.

هناك جلسات تتم بشكل جماعي. إذ يتم تجميع المرضى بالوسواس المرضي هذا على شكل جماعات، وتستمر العملية لمدة ثمانية أسابيع، وهو أسلوب ابتدعه الطبيب النفساني آرثر بارسكي A. Barsky من كلية طب جامعة هارفرد الأمريكية، وفيه تلقى محاضرات عما أسماه بـ (إدراك أعراض الأمراض الجسمية) the perception of physical symptoms. في هذه التقنية يتم تعليم المرضى أن تركيزهم على جزء معين ومحدد من أجسادهم يجعلهم متوترين. وهذا التوتر هو بحد ذاته علة جديدة تضاف إلى مجمل حساسيتهم الزائدة غير الطبيعية. ويدرّب المرضى كذلك على الابتعاد عن التفكير بأي شيء يحسونه في دواخلهم أو قد يلاحظونه في أجسامهم كالدمامل، مثلاً، أو القروح. يتم تعليم المرضى كيفية التركيز على العمليات الإيجابية في أجسامهم مثل كيفية التنفس بشكل منتظم، فيتم تعليمهم تمارين عن كيفية إستنشاق الهواء بالشكل الصحيح.

ليس ثمة في أدبيات الطب النفسي ما يشير إلى جدوى علاج مرض الوسواس بالعقاقير، إلا إذا كان بعضهم يعاني كذلك من حالات الاكتئاب، أو الفزع الحاد.

تفيد التقارير والبحوث التي تم إعدادها بشأن شفاء مرض الوسواس المرضي، أنه قد تم شفاؤهم نتيجة للعلاج، وفي ضوء كل ما مرّ ذكره من أساليب.

اضطرابات التشوهات الجسمية

اضطرابات التشوهات الجسمية، وغالباً ما توصف بأنها: (دمامة موهومة) imagined ugliness، أي أن الفرد يتصور، بلا سبب حقيقي، أنه قبيح الشكل، مشوه الجسم، دميم الصورة والمنظر. فالأفراد الذين يعانون من هذه الحالة يتوهمون بأن فيهم دمامة في الخلق والتكوين، علماً بأنهم في واقع الحال لا يبدو عليهم ما يظنونه كائناً فيهم. وأياً كان مرمى ظنهم هذا ـ وما أكثر ما يشغلون به أنفسهم في حياتهم ـ يلبث شاغلهم هذا مزعجاً لهم، باعثاً على الإحباط في حياتهم، فلا يهدأ لهم بال ولا يستقر لهم قرار، مما يؤثر على أعمالهم وعلى علاقاتهم.

وأكثر ما يشغل به هؤلاء المرضى أنفسهم هو التركيز على وجوههم، وعلى شكل رؤوسهم. فيبدأ الواحد منهم يتأمل، بشكل لافت للنظر، وجهه: هل فيه مثلاً:

1 ـ غمازات،

2 ـ تجاعيد،

3 ـ بقع تشويهية على جلدة الوجه،

4 ـ إنتفاخات ونتوءات،

5 ـ شعر أكثر أو أقل مما يجب يغطي الرأس،

6 ـ شكل الأنف،

7 ـ شكل الفم،

8 ـ شكل الذقن،

9 ـ شكل الحاجبين،

10 ـ شكل أصابع اليدين،

11 ـ تركيبة الصدر،

12 ـ تركيبة الردفين،

13 ـ تركيبة العجيزتين،

14 ـ تكوين الساقين. . . إلخ.

وأيّاً كان الأمر، فإن هؤلاء الأفراد يركزون تفكيرهم، شعورياً أو لا شعورياً، على شكل آذانهم مثلاً، هل هي مدببة، هل هي ناتئة، هل هي منحرفة إلى الأمام، بل إنهم في أغلب الأحيان يضيعون وقتهم مركزين على شكل سحنتهم في الوجه: هل هي سحنة شاحبة؟ بعضهم يذهب إلى أبعد من ذلك فيروح يتأمل وجهه: هل هو وجه بارز الفكين، ضامر الخدين، شتيم المحيا (قبيح المنظر)، أو هل شعر رأسه مفتّل بصورة دميمة تزدريه العين.

قد يشكو أفراد كهؤلاء من دمامات وهمية، وهي ليست في الحقيقة موجودة في تكوينهم أصلاً. بيد أنه المرض النفسي الذي هو بهم لصيق.

اضطرابات التشوهات الجسمية شائعة الانتشار بين كثير من الناس، ولكن أغلب الكثرة هذه قد لا ينشغل بالتنقيب في أجسادهم بحثاً عن هذه النقائص. والإنسان العقلاني والذي يحكّم المنطق العقلي لا يجعل لهذه التوافه سبيلاً إلى الهائه عن مجريات حياته. فالكمال للّه وحده وما من شيء كامل وهذه سنّة الحياة.

غير أن هناك أناساً شغلتهم مثالب في أجسامهم جعلتهم نهباً لاضطرابات ما كان ينبغي لهم أن يجعلوها دمغة تدمغ بها سلوكياتهم. ومشكلة البحث عن مصائب في الجسم تبدأ في مرحلة المراهقة وتستمر حتى نهاية العشرينات من العمر، وهي حالة تنتاب الجنسين وتحصل لدى الرجال والنساء على حد سواء.

والحالة قد تكون من وحي الأوهام والتصور الفارغ، فلا تلبث أن تتأصل

في نفس صاحبها فتقض مضجعه والبحوث التي أجريت حتى الآن عن نشوء الاضطرابات هذه، إنما هي بحوث جد قليلة. لكن المتفق عليه بوجه عام هو أن هذه الاضطرابات تنتاب أولئك الذين هم حبيسو الحالات الوسواسية والحالات الحصارية، والأشخاص الذين لديهم أمراض قهرية حصرية.

وحريّ بنا الآن أن نسأل: كيف يحس الفرد ذو التشوهات الجسمية؟

جميع الشباب تقريباً تستأثر بهم إهتمامات شعورية نابعة من صميم كل واحد منهم حول مظهره وشكله، غير أن ذوي التشوهات الجسمية هم أكثر الناس اضطراباً فيما يخص أوضاعهم الجسدية، وسواء كانت هذه التشوهات حقيقة وبادية للعيان، أم لأنها خيالية ولا وجود لها إلا في أعماق كيان صاحبها، فهي في جميع الأحوال تُعَّد أمراضاً تخلّ في سلوك المرء الموسوس. لهذا تجد أحد المراهقين مثلاً مكتئباً لا لشيء معين وإنما بسبب دملة واحدة ظهرت في أجزاء جسمه الظاهرة.

والأفراد الذين تتبطنهم هذه الاضطرابات الوهمية يصفون أحاسيسهم feelings بأنها (ألم ماحق). لذلك تجد هذا النمط من الناس يضيعون أوقاتهم هباء في أمور تافهة لا تجديهم فتيلاً، ومع هذا فهم يرضون بها دواخلهم. فمن ذلك مثلاً:

1 ـ يسيرون في الشوارع وهم ينظرون في زجاج واجهات المحلات لكي يتبينون كيف تبدو مظاهرهم.

2 ـ ما أن يروا سيارة مركنة حتى يسرعوا نحوها ليتأملوا أشكالهم.

3 ـ كثيرون منهم لا يرتبطون بعمل معين تحاشياً لمخالطة الناس لئلا يكتشفوا نقائصهم الموهوبة أو الموجودة ولكنها لا تستوجب كل ما هم فيه من اضطراب.

4 ـ بعضهم يهيم على وجهه في الطرقات حاملين في جيوبهم مرايا مكبّرة ليتأملوا فيها وجوههم بين الفينة والفينة.

بعض الذين لديهم تشوهات جسمية يحاولون إخفاءها بمختلف الأساليب: مثل ارتداء الشعر المستعار في حالة الشعر القليل، أو الصلع، أو تنمية

شوارب سميكة في حالة وجود تشوهات في إحدى الشفتين. . . إلخ.

ولهذا نرى بعض الأشخاص من ذوي التشوهات الجسدية بنوعيها الظاهرة منها والمستترة هم بحاجة دائمة إلى من يغرس الثقة في أنفسهم تعويضاً لهم عما يعانونه في مرارة أنفسهم.

وقد ترى بعضهم ينزعجون حينما يرون الآخرين من حولهم يتكلمون على سجيتهم، وهؤلاء المتوهمون المضطربون يحسبون كل صيحة عليهم وكل همسة تعنيهم!

فما هي، يا ترى، سبل العلاج التي يجب أن تتبع مع هؤلاء المضطرين الذين يعانون من تشوهات مزعومة في الغالب؟

يميل المختصون بالعلاج النفسي إلى إتباع نفس الأساليب التي يأخذون بها في علاج الأمراض النفسية الأخرى. إذ يرى الأطباء النفسانيون حالات موهومة كهذه لا تعدو كونها حالات سوداوية hypochondriasis، لذا يحتاج مرضاها إلى:

1 ـ إعادة غرس الثقة بالنفس،

2 ـ إعادة تربية re-education حياتية،

3 ـ استخدام بعض العقاقير المناسبة.

4 ـ وأهم من كل ذلك اللجوء إلى التحليل النفسي للكشف عن خلفيات حالاتهم وخبراتهم الماضية التي أفضت إلى ما أصبحوا عليه في وضعهم الراهن.

إضطرابات جسدية فسيولوجية

هذا المرض المعقّد المزمن، وكان يطلق عليه فيما مضى اسم (تناذرات بريكت) Briquet syndrome، هو مرض يبدأ عادة في مرحلة المراهقة من حياة الإنسان أو في العشرينات منها.

يتصف المرض عادة بأعراض جسمية ومشكلات فسيولوجية قد تستمر سنين طوالاً وربما يؤدي إلى تغيرات في أسلوب الحياة.

من أعراضه عند النساء خاصة اضطرابات الدورة الشهرية ومشكلاتها، واستمرار الصداع، وظهور الأعراض الاكتئابية، وآلام المعدة، والتشنجات المفاجئة. وثمة أعراض أخرى منها:

- حدوث آلام تظهر في أربع مناطق من الجسم، في الأقل، فتبدأ آلام مثلاً في الرأس، وفي المعدة، وفي الظهر، وفي المفاصل، وفي الذراعين، وفي الساقين، وربما أثناء الجماع، أو عند الطمث، أو حين التبول.
- ظهور أعراض هضمية كالتقيؤ، أو الإسهال، أو الغثيان، أو رد الفعل السلبي لأنواع معينة من الطعام.
- ظهور أعراض تتعلق بالجوانب الإنسانية كالعنة عند الرجال، واضطراب العادة الشهرية لدى النساء.
- ظهور أعراض تتعلق بالجوانب العصبونية وبأعصاب الجسم المختلفة مثل الرؤية المزدوجة، أو العمر، أو الصم، أو فقدان الإحساس باللمس مثلاً... إلخ.

والسؤال الآن، فما هي أسباب ذلك؟

من الواضح والمتفق عليه أن الأمراض الجسمية تنتقل بالتوارث بين العائلات إذ تشير الدراسات التي تم إجراؤها على الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات الجسمية أن هناك عوامل وراثية وأخرى بيئية قد تضافرت فأدت بهم إلى العلل التي منها يشكون. ومصدرها التوارث من الآباء. فقد أوضحت البحوث التي أجريت في هذا الشأن أن (20٪) من الأفراد الذين يقاسون من هذه الأمراض إنما هم قد انتقلت إليهم بالوراثة من جهة الأناث من الدرجة الأولى: أي من الأم، أو من أخواتها، أو من بناتهن. أما إذا انتقلت إليهم الأمراض من ناحية الذكور فإن معاناتهم تباين تماماً تلك التي تأتيهم من جهة الأم؛ ذلك أن وراثتهم الأمراض الأبوية تجعلهم في الغالب من ذوي الشخصيات المعادية للمجتمع ومن مدمني الكحول والعقاقير الضارة.

تبين أن الأمراض الجسمية هذه تتفشى بنسب تختلف من حيث نسبها بين النساء والرجال. فحوالي (0,2 ـ 2٪) من النساء يتعرّض لهذه الأمراض، يقابل ذلك بين الرجال نسبة تقل عن (0,2٪).

لذا تجد الأشخاص المصابين بهذه الأمراض دائمي الشكوى، وهم في الغالب يتنقلون من طبيب إلى آخر، فلا يقتنعون بما يقال لهم. ولعل شكوكهم هذا تسهم في توجساتهم.

علاج هذه الحالات ليس بالمتعذر. وأهم سبل العلاج:

1 ـ العلاج بالمصاحبة والإقران therapeutic alliance، وذلك يجعل المريض يلازم دائماً شخصاً سوياً.

2 ـ إشعار هؤلاء الأشخاص المرضى بأن أمراضهم محمولة على محمل الجد، لأن ذلك يجعلهم يحسون بأهميتهم في نظر الآخرين، فيقللون من الشكوى والتشكي.

3 ـ يحبذ أن يشترك في العلاج طبيب صحة وطبيب نفساني، وذلك تطميناً للمريض، وأن تتباعد بالتدريج مدة مقابلة المرضى حتى تصل إلى عدة أسابيع، وهذا من شأنه أن يجعلهم يشعرون بتحسن حالاتهم.

4 ـ العلاج الجماعي، وذلك بمناقشة قضايا وشكاوى المرضى مجتمعين بشكل عام، دون الخوض في خصوصية كل واحد منهم. هذا الإجراء من شأنه أن يحملهم على النظر إلى حالاتهم الخاصة بأنها حالات مخفّفة. وبالتالي يتشجعون على التخلص من كثير من همومهم وذلك بالمناقشات التي يتبادلونها فيما بينهم.

الأمراض التحولية

الأمراض التحولية conversion disorders تبدأ عادة وتتطور أثناء فترة المراهقة وإبان مرحلة الشباب. فهي تنشأ في الغالب قبل سن الخامسة والثلاثين من العمر، وإن كان يمكن أن تظهر خلال فترة العمر المتوسط بل

إنها تظهر أحياناً في الأعمار المتأخرة، وتتسبب في ظهورها في المراحل المتأخرة هذه أحداث مصدرها صدمات نفسية. وهي تظهر في عمر متأخر لدى أولئك الذين لديهم خصائص جسمية غير معروفة من الناحية المرضية: أعراض جسمية مرضية لم تكتشف أسبابها.

وتحصل الأمراض التحولية في الغالب لدى الجنود أثناء الحرب، كما تحصل أيضاً للمرضى الذين يطول رقودهم في المستشفى ولا سيما أولئك الذين يعانون منهم من أعراض عصبية خاصة بالنهك العصبي. فقد تبين أن حوالي (20 ـ 25٪) من الأفراد الذين دخلوا المستشفيات العامة لأسباب مرضية جسمية، راحوا يعانون من اضطرابات تحولية.

ما هي الأسباب الكامنة وراء الأمراض التحولية؟

تنشأ الأمراض التحولية عادة في الوقت الذي يعاني فيه المرء من ضغوط نفسية حادة. والتفسير المتواتر لذلك يذهب إلى أن الأفراد الذين يعانون من انفصالات يستبقونها حبيسة بين جوانحهم ولا يستطيعون الإعراب عنها أو لا يرغبون في البوح بها، تتحول لاشعورياً إلى أعراض جسمية تعمل كنوع من أنواع العقاب بسبب إخفاء الرغبة أو كبتها؛ وهذا الإخفاء أو الكبت يتيح للأفراد الكابتين تفادي الموقف الذي يتهدد بالخطر، أو أنه يمكّنهم من الإتكال على غيرهم والاعتماد على سواهم.

وتحدث الأمراض التحولية أحياناً لدى بعض الأفراد حينما يرغبون، في أعماق أنفسهم، في تحاشي أداء عمل معين كما هي الحال التي يصاب بها الجنود الذين يخشون الذهاب إلى ساحة المعركة لذا تتيبس أيديهم مثلاً أو تتشنج أصابع أكفهم.

لذلك فإن نظرية التحليل النفسي ترى أن الأمراض التحولية تمثل نوعاً من أنواع النزعة التوفيقية لدى الفرد وظيفتها تمكين الشخص من المواءمة بين

الحاجة اللاشعورية الرامية إلى التعبير عن ذاتها، وبين الخوف من الإفصاح عن تلك الحاجة المتغلغلة في أعماق النفس عند الشخص هذا.

أما السلوكيون فيفسرون الأمراض التحولية وأعراضها بأنها استجابات متعلَّمة (مكتسبة) تتأتى عقب حدث معين أو بعد حالة نفسية محددة، تتأتى هذه الحالات ومن ثم تعززها ظروف معينة محيطة بالفرد.

قد تحصل الأمراض التحولية بين أفراد الأقارب الذين لديهم مثل هذه الأعراض، وتحصل في حالات أخرى عند الأفراد الذين يشكون من حالات:

1 ـ الاكتئاب.

2 ـ الفصَام (الشيزوفريتا).

3 ـ مخاوف شديدة.

4 ـ إدمان الكحول والعقاقير المحرّمة.

فالأمراض التحولية تحدث لدى حوالي ثلث الأفراد الذين يعانون من اضطرابات جسدية ـ فسيولوجية. فقد يصاب بالعمى، مثلاً، شخص يشاهد منظراً مفزعاً. وقد يتعرض شخص إلى شلل يصيب الذراع منه بعد مناقشة حامية يرى أنها مصيرية بالنسبة له.

والأعراض الشائعة للأمراض التحولية قد تظهر بشكل من الأشكال التالية:

1 ـ الشلل،

2 ـ حركات جسمية شاذة،

3 ـ الحصر الكلامي: لا يستطيع الكلام، أو ما يسمى بالخرس الناجم عن سبب نفسي في الغالب،

4 ـ العمى،

5 ـ الصمم، . . . إلخ.

ولكن ليس جميع الناس معرضين للإصابة بالأمراض التحولية.

فبعض الأشخاص يقابلون المشكلات الحياتية اليومية بما يعبر عنه

بالفرنسية: اللامبالاة الحلوة أو اللامبالاة الفاتنة la belle indifference. وهي لا مبالاة تشد الناس إليها وتستلفت النظر لما يتسم به أصحابها من عوامل جذب تتسم بعدم الاكتراث.

لذا يتركز الإهتمام في علاج الأمراض التحولية حول ثلاثة أهداف، هي:

1 ـ إعادة الثقة إلى نفس المريض ومن ثم مساعدته على تجاوز حالته.

2 ـ التأكيد إلى المريض بأن الأساليب النفسية التي أدت إلى مرضه الجسمي يمكن أن تزول.

3 ـ تبصير الفرد بما هو كامن وراء مرضه التحولي هذا، وتعريفه بصراحة بأسباب أعراضه.

والتقنيات الحديثة أصبحت في مجال الطبيق بحيث يمكن من خلالها تمكين مرضى الأمراض التحولية من تجاوز محنتهم التي منها يقاسون.

4 ـ يتم التركيز أحياناً على طفولة الإنسان المريض للتحقق من ما هي خبراته التي أثرت فيه فأدت به إلى ما آلت إليه حالته.

5 ـ وفي أصعب الحالات يتم اللجوء إلى التنويم المغناطيسي.

● اضطرابات أخرى.

ثمة أمراض أخرى ذات طبيعة نفسية ـ جسمية يتعرض لها كثير من الناس في مرحلة محددة من مراحل حياتهم فتفسد عليهم مباهج الحياة من هذه الأمراض مثلاً:

1 ـ اضطرابات غير معلومة ولا معروفة لدى الشخص الذي يعاني منها. فهي ذات طبيعة نفسية حقيقية، ولكن نجد الفرد يشكو مثلاً من:

(أ) صعوبة في البلع والازدراد.

(ب) تعب مستمر بلا دواع تقف وراء هذا التعب.

(ج) فقدان الشهية للطعام.

(د) عسر الهضم المزمن.

(هـ) ظهور أعراض الكآبة، والقلق، والإحساس المستمر بالضغوط النفسية.

أسباب كل ذلك يمكن تتبعها إلى زمن الطفولة، وكذلك يمكن إيجاد أسبابها في المشاعر المكبوتة. وهناك أسباب أخرى منها شعورية وأخرى لا شعورية. لذا اصطلح المختصون على وصف هذه الأمراض المزعومة بالأمراض اللاامتمايزة undifferentiated somatoform disorders.

علاج حالات كهذه يتوقف على نوع كل حالة وعلى أسبابها. لذلك يوجد منهج منتظم يشملها كلها لكثرتها.

2 ـ **هناك الأمراض الموهومة** feigned illnesses. وهي أمراض مزعومة يدّعيها الشخص عندما يرغب في تجنب القيام بأي عمل. فمثلاً قد يريد تلميذ المدرسة البقاء في البيت تهرباً من الواجبات المدرسية. فيزعم أن لديه اضطراباً في المعدة.

3 ـ **اضطرابات وأمراض خرافية** factitious disorders: سميت هذه الأمراض خرافية لأنها نابعة من دوافع شعورية مصطنعة.

لذا تجد الأفراد الذين يزعمون أنهم مرضى، يختلقون لأنفسهم أعراضاً جسمية، أو أمراضاً نفسية. ولهذا فإنهم يحاولون عن وعي وعن قصد خداع المختصين بالطب الجسمي أو النفسي. يكمن وراء دوافعهم هذه رغبة شعورية في أن يمثلوا دور المريض sick role. لذلك فهم أفراد يكرسون كل طاقاتهم ملتمسين العناية بهم، ويسعون دائماً للحصول على أسباب الإستشفاء بلا مبرر لكل ذلك.

حوالي (10٪) من الأفراد الذين يتظاهرون بأمراض خرافية يتطور عندهم عرض مرضي يسمى عرض مونشوسن Munchausen Syndrome نسبة إلى البارون فون مونشوسن Baron Von Munchausen، أحد بارونات القرن التاسع. وكان البارون هذا من هواياته أن يسرد حكايات مصطنعة تتسم بالأطناب والإسهاب والملل، حكايات مختلفة تتصف بالمبالغات غير المعهودة. لذلك فإن الأشخاص المرضى الذين يوصفون بهذا الوصف، هم عادة أشخاص ميّالون إلى الكذب في إدعاءاتهم المرضية، وهم غالباً ما يغالون في شكواهم من الناحية الإعتلالية النفسية، أو الجسمية، أو من الاثنين معاً. لذلك فإنهم

يبذلون قصارى جهودهم لدخول المستشفيات أو لطلب المكوث فيها، علماً أن لا داعي لذلك كله.

المرضى من هذا النوع ينزعون أبداً إلى الإسهاب في وصف معاناتهم المزعومة. بيد أن وصفهم يتصف بعدم الدقة وتنقصه الحقائق، فهو لذلك وصف مفكك الأوصال المنطقية. ولأنهم مرضى تمرسوا بضروب الإدعاء ولأنهم عرفوا شيئاً عن نظريات مرضهم وأمراض أخرى، لذلك نجد كذبهم يحمل على الإقناع أو يكاد.

فهم مرضى صعبو المراس، متقلبو المزاج. ما إن يدخلوا المستشفى حتى يكشفوا عن سلوكيات غير مقبولة. طلباتهم لا تنتهي. يحتاجون إلى انتباه مكرّس لهم وحدهم. يفرضون نوعاً من العلاجات لم يقررها الأطباء. وإذا ما بينت الفحوصات الطبية أن لا خلل عضوي يوجد هناك، وجدتهم يشكون من ألم في مكان آخر في أجسادهم... وهكذا دواليك.

ثمة عدد من الأسباب تكمن وراء ظهور هذا النوع من الاضطراب المرضي. من ذلك مثلاً:

(أ) الحرمان الانفعالي أيام الطفولة.

(ب) وجود خلل عضوي في الجسم في وقت ما، ثم زال لكن آثاره النفسية تبقى فيبدأ الفرد يشكو من علل خرافية.

(ج) الخطأ في بعض العلاجات العضوية الجسمية.

(د) ابتعاد الطفل عن جو أسرته.

(هـ) الاحتجاز في المستشفيات إبان الطفولة والمراهقة، فينغرس الخوف في النفس خشية الابتعاد الطويل عن مناخ الأسرة.

(و) يكثر هذا المرض وينتشر بين الممرضات، والفنيين في المختبرات، ومساعدي الأطباء.

(ز) ينتشر هذا المرض كذلك بين مضطربي الشخصيات، ولدى ذوي النمط المازوخي.

حالات الأفراد الذين لديهم أعراض مونشوسنية، كما سبق القول عن ذلك، تدعو إلى العجب. فقد ترى الواحد منهم يطلب أن يحجز له سرير في غرفة الطوارىء في نهاية الأسبوع، أو خلال الأسبوع.

ترى بعضهم يقولون لك أنهم يعانون من اكتئاب، أو هذيان، أو هلوسات سمعية، وغير ذلك من الأعراض النفسية.

بعضهم يفزع ويصاب بالهلع لأقل ارتفاع في درجة حرارة جسمه!

لهذا فإن علاج هؤلاء الأشخاص يتوقف على التحقق من مدى صحة شكواه المرضية. وهم في العادة يكثرون من ذكر الأعراض لذلك يحتار الطبيب أحياناً من أين يبدأ مع المريض منهم.

ولا بد في هذه الحالة من التأكد من تاريخ الحالة. ويفضل المزاوجة في علاجهم بين الطبين النفسي والجسمي. ثم يجدر الاهتمام بكل حالة منفردة، ذلك لأن كل فرد ماضيه الشخصي الخاص.

الفصل الحادي عشر

الاضطرابات المعرفية

- الاضطرابات المعرفية: كيف تشخَّص؟
- أولاً: الهذيان.
- ثانياً: الخَبَل أو العته.
- ثالثاً: الوهل أو النساوة (كثرة النسيان المرضي).

الاضطرابات المعرفية: كيف تشخّص؟

الأفراد الذين يعانون من اضطرابات معرفية تظهر عليهم أعراض مثل:

- عدم القدرة على إستيعاب حدود الأبعاد المكانية.
- الصعوبة في التركيز على شيء معين، والافتقار إلى تحويل الإنتباه من شيء إلى آخر بشكل منتظم.
- التذبذب في كيفية التحكم بالوعي خلال النهار أو اليوم كله.
- فقدان القدرة على تعلم شيء جديد، وعدم القدرة على التذكر.
- عدم القدرة على تعلم مهارات جديدة.
- نقص القدرة على التعرف على ما حوله من أشياء وما تمر به من أحداث يومية.
- صعوبة في فهم وإدراك المفاهيم المجردة.
- تناقص القابلية في الإنجازات اليومية بشكل إعتيادي.

تلك هي سمات، وهي كذلك أعراض منها كلها أو من بعضها يستبان كم هو مقدار الاضطرابات المعرفية عند الفرد.

فما هي هذه الإضطرابات المعرفية؟

الاضطرابات المعرفية تنجم عن أسباب شتى أبرزها:

1 ـ مرض نفسي أو جسمي. والمرض الجسمي قد يترك آثاراً مزمنة إذا أصاب المناطق الحساسة في الدماغ. فالأنفلونزا مثلاً قد تحول دون تركيز المرء المريض بها، لكن آثارها تزول حال زوالها.

غير أن التهابات الدماغ أو التهابات الحبل الشوكي يمكن أن تستمر

فتصبح نتائجها معوقة مما يجعل الفرد لا يتذكر جيداً لا الزمان ولا المكان ولا المعلومات.

2 ـ مرض جراء عطب يصيب الدماغ.

3 ـ تعاطي المشروبات الكحولية وتعاطي العقاقير المخدرة.

وتصيب الأمراض المعرفية أي إنسان بصرف النظر عن التمتع بالعافية أو في حالة نقصها. فهي أمراض تصيب الفرد في جانب واحد أو أكثر من جوانب حياته النفسية والجسمية. إذ هي تصيب من الفرد:

- حياته الوجدانية.
- سلوكياته اليومية، إذ هي تضطرب.
- تفكيره ومجمل أفكاره.
- إدراكاته، حيث تصبح غريبة كالهلوسة مثلاً.
- دوافعه واتجاهاته.

يتعذر القول أحياناً فيما إذا كانت هذه الأعراض النفسية مقترنة بهذه المشكلات نفسها، أم أنها ناتجة عن عطب أصاب المخ في مكان ما، أم أنها ارتكاسات للمؤثرات الماحقة لهذه الأمراض نفسها. تلك إذن صعوبة بالغة، وهي في نفس الوقت غاية في التعقيد.

ليس هناك عمر محدد يمكن أن يحدث فيه العطب الذي يتسبب في الأمراض النفسية. إذ هي أمراض ينتظر أن تصيب الأفراد في أي مرحلة من مراحل أعمارهم، كما سبق القول قبل قليل.

الاضطرابات، أو قل، الأمراض المعرفية أنواع كثيرة، من بينها:

أولاً: الهذيان delirium.

يعرّف الهذيان بأنه حالة من حالات التفكير المفكك غير المنتظم وأنه التدني المتواصل في القدرة على تمكّن صاحبها من التركيز، مصحوباً بتشتت

الإنتباه، وبالتأرجح المتذبذب في حياة الفرد العقلية والنفسية الحياتية كلها: إذ يحدث هذا التذبذب من يوم إلى آخر ومن ساعة لأخرى، بل ومن دقيقة إلى دقيقة. ويصفه الدكتور مايكل وايز Michael Wise، أستاذ الطب النفسي بجامعة تولين Tulene في ولاية نيو اورليانز. بأنه ـ الهذيان ـ: (يساوي في خطورته عطل المخ عن العمل).

يمكن أن يطرأ الهذيان بشكل مفاجىء، فيصيب الفرد في انتباهه، وفي سرعة استجابته، إذ يصبح الشخص بطيئاً في استجاباته، وفي إدراكاته. وتكون أعراضه في الغالب أقرب إلى الأعراض الذهانية، بدليل أن الشخص الهذياني قد يتهم طبيبه أحياناً بأنه ينوي تسميمه. قد يستمر الهذيان عدة ساعات، أو عدة أيام، ويمكن أن يبرأ المريض منه تمام البرء والشفاء. لكن خطورته الجسمية تتأتى في حالة حدوثه حيث تمتد عدة ساعات وعدة أيام قلائل كما ذكرنا الآن.

ليست هناك أسباب فردية معروفة تكمن وراء الإصابة بالهذيان. إذ قد تتسبب فيه أمراض أخرى فيصاحبها الهذيان، وقد ينجم عن تعاطي المخدرات أو إدمان الكحول، الحرمان من نعمة الحواس، من اضطرابات نفسية أخرى فتؤدي إلى تفاقم الحالة.

الهذيان أكثر الأمراض حدوثاً بسبب العوامل المذكورة توأ.

أتضح أن حوالي (10٪) من المرضى بالهذيان كانت لديهم هذه الحالات قبل دخولهم المستشفيات. غير أن (10٪ و15٪) ممن أدخلوا المستشفيات لأسباب مرضية أخرى، قد حصل لديهم مرض الهذيان أثناء أيام رقودهم في تلك المستشفيات.

وأبرز الأسباب المؤدية إلى الوقوع في براثن الهذيان:

1 ـ الحمى الشديدة.

2 ـ نقص الأوكسجين hypoxia المستنشق.

3 ـ قلة تدفق الدم إلى المخ ischemia.

4 ـ العدوى التي تصيب الدماغ مثل ذات السحايا meningitis، والتهاب الدماغ الفيروسي encephalitis.

5 ـ التهابات الكبد liver diseases.

6 ـ أمراض الكلى kidney diseases.

7 ـ نقص فيتامين (ب) thiamine deficiency.

8 ـ انخفاض السكر بالدم hypoglycemia.

9 ـ النزيف الداخلي في الدماغ intracranial bleeding.

10 ـ ارتفاع ضغط الدم أكثر من الحد المحتمل blood high preasure.

11 ـ صدمة تصيب الدماغ brain trauma.

ثمة أسباب أخرى تكمن وراء الإصابة بالهذيان، منها مثلاً: عوامل بيئية سيئة سواء في جو الأسرة أم في معترك الحياة. ومن ذلك أيضاً إدمان المخدرات، كما ذكرنا وإدمان الكحوليات، ومن ثم الانقطاع عنها فجأة.

لكل داء أسباب وعلاج. وعلاج الهذيان يجب أن يبدأ بالتشخيص الدقيق أولاً. فمن ضروب التشخيص هذا توجه إلى المريض أسئلة مثل:

- هل المريض لا يعي مكانه وزمانه، أو هل هو مضطرب والأمر مختلط عليه فلا يدري أين هو؟
- هل يعرف اليوم الذي هو فيه وتاريخه، وهل هو مدرك لما يجري حوله؟
- هل انتباه المريض جوّال وليس بثابت حول شيء محدد؟
- هل المريض غير قادر على التركيز على موضوع معين؟
- هل نسي المريض ماضي الحياة، وهل نسي الأحداث والمعلومات التي مرّت به حديثاً؟
- هل كلام الشخص المريض خالياً من التسلسل المنطقي؟
- هل حصلت هذه التغيرات كلها أو قسم منها قبيل حالته التي هو فيها الآن؟

هذه نماذج من الأسئلة التي يمكن بواسطتها التحقق من أن الشخص مصاب بالهذيان. وهناك أسلوب آخر أسرع من توجيه تلك الأسئلة إلى

المريض: ذلك هو أسلوب الاستبيان المصغّر الخاص بالحالة العقلية للمريض: mini-mental status questionnaire، ويحتوي عشرة أسئلة تتطلب الإجابة عن كل ما يأتي:

1 ـ الشهر،

2 ـ السنة،

3 ـ اليوم،

4 ـ مكان المريض ومحل سكناه،

5 ـ عمر المريض،

6 ـ الشهر الذي ولد فيه،

7 ـ عام ولادته،

8 ـ مفردات لغوية بسيطة يدرك معناها،

9 ـ حالة ذاكرته،

10 ـ حالته الإنتباهية.

ولذلك يستحسن أن يتكون فريق العلاج على النحو التالي:

1 ـ أطباء صحة من مختلف الاختصاصات.

2 ـ طبيب نفساني.

3 ـ طبيب مختص بالطب العصبي.

4 ـ طبيب مقيم.

5 ـ مساعدون.

وأن يعمل هؤلاء كفريق عمل واحد. وفي الحالات الطارئة يجب تأمين الأكسجين الكافي للمريض، واعطاؤه فيتامين (ب)، وخفض درجة حرارة جسمه، إذا كانت لديه حمّى عالية.

ونظراً إلى أن مرض الهذيان لا يمكن تشخيصه بسرعة، ولأن أحداثه غير معروفة العواقب، ونظراً إلى أن المريض لا ندري ماذا سيفعل أو ما سيقوم به، لذا يجب الحذر الشديد وتجنب مراقبته باستمرار ويقظة تامة.

هذا الحذر واجب أكثر مع مرضى الهذيان الذين تغلب عليهم حالات **الهيجان**، والذين يغلب عليهم الاضطراب المستمر، والقلق العالي. **فهذا النمط من الأفراد** يكونون خطراً على أنفسهم وعلى الآخرين. لذا يلزم الاحتراس **الزائد**.

ما أن تشخّص الحالة بأنها هذيان، حتى يبدأ الفريق الطبي عمله على حسب دوره. فالطبيب المختص بوصف العقاقير الطبية يمكن، مثلاً، **أن يعطي** المريض علاج haloperidol ويسمى أيضاً هالدول haldol. وكل عقار طبي من شأنه جعل المريض يهدأ أو ينام. عقاقير أخرى يمكن أن تعطى للمريض مصاحبة لعقار الهالدول، من ذلك مثلاً lorazpam أو ما يسمى بـ (الاتفان ativan).

الذهان في حالة حدوثه وساعة وقوعه مرعب ومخيف لكل من يراقب الحالة، ولذلك فإن أفراد أسرة المريض هم أول من يرتعب لهول المنظر، بل ويصاب بعضهم بالصدمة. ولهذا فيجدر بالفريق الطبي توعية أهل المريض حول الحالة. وكلما كانت معرفتهم بطبيعة الهذيان أكثر، أصبح تقبلهم للمريض ولحقيقة مرضه أوفر وأوسع امتداداً في الصبر والتصبر.

ثانياً: الخَبَل أو العته

هذا المرض هو جنون إنحلالي. من أعراضه انحلال القوى العقلية، والطاقة الفكرية، وتفكك المجالات الانفعالية، والاضطرابات الوجدانية، ويترتب على هذا كله اختلال جميع مظاهر السلوك.

يتسبب في ذلك كله تلف يصيب أنسجة المخ، فينشأ عن ذلك تحلل الذكاء، وضيق الأفق الفكري، واضمحلال القدرة على التعلم والتذكر، ولا سيما الذكريات القريبة، وتلاشي القدرة على تمييز ظروف الزمان والمكان. وقد يصحب ذلك كله فقدان القدرة على النطق والكلام.

آثار هذا المرض تكون حادة وتخلف وراءها ما يضر **بعلاقات المريض**

الاجتماعية، وكثيراً ما يهجر بعض المرضى بهذا الداء النفسي، أعمالهم، فينطوون على أنفسهم. يصيب هذا المرض ما يقرب من (10٪) من الناس.

فعن أي الأسباب يتأتى هذا المرض؟

هناك أكثر من (70) سبعين سبباً محتملاً للإصابة بهذا المرض. بعض هذه الأسباب، شأنها شأن مرض الزهايمر، تصيب لحاء الدماغ. فيتأثر بذلك الكلام، وتضعف الذاكرة. سبب آخر من بين الأسباب الكثيرة، هو إصابة المنطقة السنجابية من الدماغ بفايروس مرضي يخص الإنسان وحده دون سائر المخلوقات الأخرى؛ مما يؤثر على تركيبات المنطقة ما دون اللحائية من المخ. وهذه الإصابة في هذه المنطقة من المخ تؤثر على الانتباه، وعلى التحفيز، وعلى عملية تنسيق المعلومات.

مرض الخبل أو العته المماثل لمرض الزهايمر يصيب حوالي (50٪ - 60٪) من كبار السن، ولذلك فإنه يودي بحياة ما يقرب من (100,000) مائة ألف نسمة سنوياً في الولايات المتحدة.

البحوث دائبة لمعرفة أسباب هذا النوع من المرض، والمتفق عليه لحد الآن هو أنه يتسبب عن فايروس، ينجم عنه مرض يؤوف المخ، وربما تغيرات تلحق بالمخ فينشأ عنها هذا المرض الماحق المخيف. ويعزو الطب سبب المرض إلى جملة عوامل كثيرة أيضاً، وأكثر ما يصيب النساء بعد سن اليأس. لذلك فإن العلاج بالاستروجين estregen يقلل من احتمال الإصابة بالمرض.

ضمن مظلة مرض الخبل أو العته يأتي مرض بيك، Pick's disease، وهو يختلف في أعراضه عن مرض الزهايمر، اختلافاً شاسعاً. فهو مرض يتصف بالتهاب لحاء المخ وضموره، وينتج عنه اختلال الوظائف اللغوية والضعف العقلي، واضطراب الوظائف المعرفية كافة.

من صنوف أسباب هذا المرض الأخرى هي ما يسمى بالأمراض الوعائية vascular diseases أو vascular dementia، وهذا الضرب من الخبل أقل

انتشاراً من مرض الزهايمر، وقد يصحبه أحياناً. يحدث الخبل أو العته الدعائي نتيجة مشكلات تحصل وترتبط بنقل الدم وانتقاله بشكل كاف إلى أوعية المخ. يترتب عليه، إذا كان خفيفاً، ما يسمى بالجلطة الصغرى mini stoke، أو الجلطة الصامتة silent stroke، وذلك عندما يحرم جزء من المخ من وصول الدم إليه بصورة كافية أو منتظمة، مما يتسبب في موت بعض العصبونات neurons. أما في حالة الجلطة الكبرى major stroke، فإنها تسبب شللاً في:

1 ـ الذراع، أو

2 ـ الساق، أو

3 ـ في كل من الذراع والساق، أو

4 ـ اختلال الإدراك والقدرة على الإستيعاب.

الخبل أو العته الوعائي أكثر انتشاراً بين الرجال منه بين النساء. وأكثر ما يصيب الذين تجاوزوا سن الستين من العمر.

من أسباب الخبل أو العته الوعائي الأخرى إصابة الدماغ بوباء أو بمرض أو بصدمة عنيفة نفسية زوجسمية.

استخدام المخدرات والكحوليات هو من العوامل المؤثرة تأثيراً سيئاً أيضاً.

مجموعة أسباب يمكن أن تتألب جميعها فتفضي إلى الخبل أو العته.

هناك ما يسميه بعض المختصين الخبل الكاذب أو الزائف: pseudodentia، ويتسم بنوع من أنواع الفتور واللامبالاة بشكل مغالى فيه، دون أن يكون المريض يعاني من شيء حقيقي في بدنه. وهذه حالات نادرة.

وعلاج هذه الحالات يجب أن يرتكز إلى تشخيص دقيق، وذلك وفق المعايير الآتية:

- هل الفرد كثير النسيان؟
- هل يصعب على الفرد التعلم لأي شيء؟

- هل يجد الفرد صعوبة في تذكر أي شيء؟
- هل يواجه الفرد صعوبة في النطق والكلام؟
- هل يجد الفرد صعوبة في إنجاز أبسط ما يوكل إليك من مهام؟
- هل هناك صعوبة يواجهها الشخص في التعرف على الأشياء أو تسميتها بأسمائها؟
- هل غدا تفكيره مشتتاً، فلا يستطيع العناية بنفسه، ولا يمكنه تنفيذ أو القيام بما يطلب منه؟

فهذه الأسئلة وما ماثلها تمكننا من تشخيص الحالة المرضية. وكلما كان التشخيص مبكراً واكتشاف الحالة المرضية أسرع كان الأمل في إنقاذ صحة المريض ناجعاً.

تجدر الإشارة إلى أن حوالي (30٪) ممن يعانون من الخبل يعانون في نفس الوقت من الإكتئاب، لذلك فإن العلاج يتوقف على نوع الخبل أو العته، وعلى أسبابه.

وكلما كان الفرد المريض أكثر إدراكاً بمرضه الذي حلّ به أو بالأسباب التي أدت به إلى هذا المصير، كان أقدر على الانتفاع من العلاج الذي ينسب إليه.

فمرض الزهايمر، مثلاً، يمكن أن يعالج بعقار تاكرين tacrine. يقدّر أن حوالي (20٪) من المرضى بالخبل أو العته هم أولئك الذين قاسوا حالات اكتئابية أو ذهانية. وهناك أوبئة أخرى تؤدي إلى الخبل، منها التسمم، أو ما تفرزه الغدة فوق الدرقية من سموم.

ثالثاً: الوهل (أو النسيان)

الوهل عطب يصيب الذاكرة بنوعيها القصيرة المدى والطويلة المدى فيعطلها عن أداء وظيفتها بشكل طبيعي. ومرضها هذا ينجم عن مرض، أو تعاطي المخدرات، أو تتسبب فيه صدمة ترجّ الدماغ: صدمة من جسم صلب

أو صدمة نفسية عنيفة.

الأفراد الذين يصابون بالوهل لا يستطيعون تعلم أشياء جديدة في حياتهم، ولا يتمكنون من استذكار الأحداث الحديثة، رغم أنهم يتذكرون أحداث الماضي البعيد، لهذا فقد نجد أحدهم يتذكر كيف دخل المستشفى قبل عشر سنوات خلت لمرض ألمَّ به آنذاك، لكنه لا يتذكر أنه الآن هو راقد في المستشفى.

الأشخاص الذين يعانون من الوهل (النساوة) يمكن أن يتذكروا أسماءهم، وأن يعرفوا من هم، لكنهم لا يتذكرون أين هم، ولا التاريخ لذلك اليوم، والشهر الذي هم في جاري أيامه.

بعض المرضى بالوهل النسياني هذا يعمدون إلى اختلاق أحداث تصورية ليملأ بها ما هناك من فجوات في ثنايا الذاكرة، وسيطلق هذا الأسلوب المصطنع من جانب المريض مصطلح الحشو أو تزييف الذكريات confabulation.

أغلب الذين يزيّفون أحداثاً لحشو ذواكرهم لا يدركون مدى النقص الكائن في وظائف الذاكرة عندهم، ولذلك فهم ينكرون أن يكون هناك خطأ ما. وغير هؤلاء نجد هناك فريقاً آخر يعلم بالعطب ويقر بالخلل لكنه لا يعبأ بما فيه من عطل.

يحصل الوهل عادة في حالة إصابة الدماغ بأذى بالغ. فالصدمة التي يتعرض لها الدماغ يمكن أن يمتد أثرها الخارجي فيصيب محور العصبونة neuron axon فيلويه: أي يؤدي به إلى الالتواء. وربما تؤدي الصدمة الخارجة الحاصلة للدماغ، إلى تقطّع الألياف الدقيقة التي تنقل الرسائل والإشارات بين العصبونات المختلفة. ونتيجة لذلك فمن المحتمل أن يعاني الأفراد من حالات ما يسمى: نسيان ما بعد الصدمة post traumatic amnesia، ويتكون من مواقف لا شعورية.

هناك أنواع أخرى من النسيان الناشيء عما يصيب الذاكرة من اختلالات.

من ذلك مثلاً النسيان الرجعي retrograde amnesia، وهو نسيان الأحداث التي وقعت قبل الحادث المسبب للنسيان. وهذا النسيان قد يمتد من دقائق قلائل تسبق الحدث ويستمر إلى سنوات قليلة.

ثمة أيضاً الوهل (النسيان) الأمامي anteretrogade amnesia وفي هذه الحالة لا يستطيع الشخص إسترجاع المعلومات التي أعطيت له قبل مدة قليلة، لكنه يستطيع استعادة المعلومات الماضية. وهذه المشكلات يمكن أن تستمر فترة تتراوح بين ساعات قليلة وقد تمتد إلى أشهر قليلة.

ينبغي أن نذكر أن استخدام الكحول بكثرة أو الإدمان عليها يمكن أن يؤدي إلى نقص فيتامين (ب). وقد يفضى إلى أعراض تناذر كورساكوف korsakoff's syndrome، ويتسم بعدم القدرة التامة على تعلم أي شيء. وبعضهم يمكن أن يتذكر أحداث الماضي. وأن الامتناع عن تناول الكحول والكف عنها نهائياً يمكن جداً أن يفضيا إلى تحسن في الوظائف المعرفية.

من الأسباب الأخرى التي تسبب إصابة الذاكرة بالعطب أو التلف، يمكن أن نذكر مثالاً:

1 ـ الجلطة،

2 ـ تورم المخ،

3 ـ ازدياد السكر في الدم بشكل مفرط،

4 ـ تعاطي المخدرات،

5 ـ اتلاف مناطق محددة من المخ بسبب أخطاء جراحية،

6 ـ نقص الأوكسجين بشكل حاد،

7 ـ انقطاع وصول الدم إلى الدماغ،

8 ـ العدوى من أي نوع كانت، . . . إلخ.

يتعرض أحياناً لبعض الناس، وأكثرهم من الرجال فيما بين الخمسين والثمانين من العمر، إلى ما يصطلح عليه بين المختصين بـ (الوهل العام المؤقت) transient global amnesia. في هذا النسيان العارض لا يستطيع

الأفراد الذين يتعرضون له أن يتذكروا شيئاً من أحداث الماضي، ولا يقدرون على تعلم أي شيء جديد. تستمر حالتهم هذه فترة عدة ساعات. أسباب النسيان الموقت هذا غير معروفة. غير أن هناك عدة احتمالات مأخوذة في الحسبان، أهمها:

1 ـ قد تكون هذه الأسباب لها جذور صرعية.

2 ـ أمراض انسداد الأوعية الدموية الدماغية.

3 ـ أمراض الشقيقة أو ما يسمى بالصداع النصفي.

4 ـ تناول العقاقير الضارة بالصحة.

5 ـ الخطأ في تناول جرعات دوائية أكثر من الحد الطبيعي.

6 ـ صدمات نفسية.

7 ـ هيجانات إنفعالية غير عادية.

ولكن يحسن أن نعرف باطمئنان بأن الذاكرة تعود بعد عدة ساعات إلى حالتها السابقة دونما علاج. وأن معاودة الحالة محتملة بيد أنها من الأمور النادرة.

لا شك أن لكل مرض معايير يقوم عليها التشخيص. ومفتاح معايير تشخيص هذه الحالات، أي الوهل الذي يصيب الذاكرة بآفاته، هي المعايير التالية:

● يظهر عطل الذاكرة عن أداء وظيفتها إما:

1 ـ بعدم القدرة على تعلم ما هو جديد، أو

2 ـ بعدم القدرة على استذكار خبرات الماضي.

● يتضح للمختص عطب الذاكرة إما:

1 ـ بالإخفاق في العلاقات الاجتماعية، أو

2 ـ تدني مستوى الأداء بشكل إنحداري متواصل.

● يتجلى لنا إنهيار الذاكرة، إما:

1 ـ بسبب الهذيان أو الخبل، أو

2 ـ بسبب التسمم وإدمان المخدرات.

● يستبان تدهور الذاكرة، إما:

1 ـ بسبب الاستمرار على استخدام العقاقير الطبية بلا مبرر،

2 ـ جراء تناول الكحوليات والعقاقير الضارة بالصحة النفسية والعقلية والجسمية.

لذا يجب التركيز في العلاج الطبي على معالجة الأسباب الكامنة وراء الأعراض الظاهرة.

الفصل الثاني عشر

السلوك الإنتحاري

- الانتحار يعني النهاية
- الأفكار الإنتحارية ودواعيها
- ما هي دواعي الإنتحار؟
- ما تأثير الانتحار على العلاقات الأسرية والاجتماعية؟

الانتحار يعني النهاية

الانتحار عمل شعوري وهو أخطر ما يقدم عليه الفرد المنتحر من قرار يعيه تماماً ويعرف مسبقاً نهايته، إذ هو عمل، من جانب مرتكبه بحق نفسه، لا بديل له وأنه بعد أن يأخذ حياته بيديه ويقتلع نفسه من بين جنبيه، لا مجال للأسف يتبقى لديه.

في كل عام عشرات الأشخاص يقدمون على الانتحار في معظم المجتمعات. والمستغرب في الأمر أن معظم الذين يقدمون على اقتلاع أرواحهم من أجسادهم، لديهم كل ما يتمنون من أطايب الحياة. أما الذين يحاولون الانتحار، ولكن لسبب أو آخر، لا يفلحون، فيقدر عددهم بأضعاف العشرات الذين ذكرنا في مستهل هذه الفقرة.

الانتحار نهاية الحياة. ولكن:

لماذا؟

هذا السؤال يؤرق الآباء والأقارب والأصدقاء. ورغم ذلك فليس ثمة تفسير شافٍ لما يقدم عليه الفرد المنتحر.

الانتحار قد يمثل صرخة استغاثة يائسة من جانب يطلقها المنتحر بطريقته الخاصة به، وهي طريقة مروعة لا شك. فالانتحار آخر محاولة من محاولات المنتحر يتواصل بها منبعثة من داخل عالمه الخاص به الذي يعكس سعيراً متأججاً دفعه إلى القيام بما أقدم عليه من عمل شائن في كل المعايير والمقاييس، وفي مختلف النواميس.

الإنتحار بحد ذاته ليس اضطراباً عقلياً، غير أنه يمكن أن يكون نتيجة

فاجعة ومأساوية لاضطرابات وأمراض نفسية، ويكون ناشئاً عن مشكلات واضطرابات انفعالية ووجدانية.

معظم الذين يقتلون أنفسهم يبلغ بهم اليأس غايته، فلا يستطيعون:

1 ـ مجاراة متطلبات الحياة، أو

2 ـ التفكير بشكل عقلاني، أو

3 ـ يداخلهم إحساس بالخزي والعار، أو

4 ـ الإحساس بالعزلة الخانقة المميتة، أو

5 ـ الشعور بالعجز إزاء مقتضيات الحياة العامة والخاصة.

ذلك هو صنف من أصناف المنتحرين. هناك صنف آخر، هو صنف الشباب والناشئين. فهؤلاء ينتحرون نتيجة لعوامل أهمها:

1 ـ نزوة من نزوات الشباب اللامسؤولة، أو

2 ـ قلة صبرهم على تحمل مشاق الحياة، أو

3 ـ نتيجة إحتياطات، لا يستطيعون التكيف معها لقلة خبراتهم، أو

4 ـ تعرضهم لمواقف تكثر فيها إخفاقاتهم.

ثمة صنف ثالث من الأفراد ممن يزهقون أرواحهم بأيديهم، للأسف، هؤلاء هم:

1 ـ المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة.

2 ـ الأشخاص الذين يقاسون من أمراض نفسية حادة.

3 ـ الأشخاص الذين يواجهون مشاكل حياتية مفاجئة، فلا يعلمون كيف يتصدّون لها.

فهل لا يمكن التصدي للإنتحار؟

يمكن بكل تأكيد اتخاذ الحيطة ضد الانتحار أو المحاولات التي تدفع بعض الأفراد إلى الإقدام عليه. ولكن بعد التشخيص أو التعرّف على طبيعة الفرد أو الأفراد ممن يفكرون به.

والشخص الذي يمكن أن يكون الانتحار من هواجسه النفسية، في المستطاع التعرف عليه من خلال المعايير الآتية:

- إحساس الفرد الحاد بفقدان الأمل.
- تدني اعتبار الذات لديه، وانخفاض مستوى الثقة بالنفس.
- كثرة ودوام وجود الحزن وتغلّبه على الشخص.
- فقدان الاهتمام بأي نشاط ذي جدوى له في الحياة.
- إدمان الكحوليات أو المخدرات.
- عدم ارتباط بصداقات مع الآخرين.
- تغيير عادات الأكل والنوم بشكل مفاجىء ودراماتيكي.
- التقلب المستمر في المزاج.
- التحول بشكل مفاجىء من الحزن إلى الفرح.
- الإكثار من التحدث عن الانتحار.
- الإكثار من التحدث عن الموت والاستغراق في التفكير فيه.
- عدم المشاركة في الاهتمامات سواء داخل النشاطات المدرسية أو الوظيفية في العمل.
- التقوقع على الذات.
- إهمال المظهر الخارجي وعدم الاهتمام بالهندام.
- الصعوبة في التركيز.
- ظهور أعراض جسمية مزمنة كالصداع والتعب المستمر بلا سبب.
- الشعور بالإغراق في حمأة الإحساس بالذنب والخزي.
- ازدياد النزعة العدوانية، وتنامي الشعور بالكراهية للآخرين، وظهور نزوة التمرد وبخاصة لدى الشباب.
- الخروج حديثاً من المستشفى بعد المكوث فيه لفترة علاج من أمراض نفسية.

وكلما كانت التوعية والإلمام بأسباب الانتحار أوفى، أصبحت

الاهتمامات والاحتياطات لمواجهته أجدى.

تقدر الوفيات الناجمة عن الانتحار بـ (11 ـ 12) وفاة لكل (100,000) مائة ألف نسمة. وقد تضاعفت حالات الانتحار في السنين الأخيرة بين الناشئين والشباب ممن تتراوح أعمارهم فيما بين (15 ـ 25) سنة. وهو أكثر تفشياً بين المسنين منه بين المراهقين. وأعداد الوفيات من جرائه تأتي في الدرجة الثانية بعد حوادث السيارات في كل عام.

الأفكار الإنتحارية ودواعيها

تفكير المرء بإزهاق روحه بنفسه وإنهاء حياته مسألة لا يمكن حصر دواعيها بين الناس، نظراً لإختلاف ضروب تفكيرهم واتساع اعتقاداتهم. غير أن الأفكار الإنتحارية، على كل حال، يمكن أن تمتد من إعتقاد بعض المنتحرين بأن الإنتحار عملية تؤدي إلى الهرب من متاعب الحياة حتى يصل الاعتقاد عند بعضهم بأنه رغبة في الموت لا بد من تحقيقها. لكن الخطر الجسيم يكمن في إقدام الفرد على التخطيط الإنتحاري وفي كيفية سلوك السبيل إليه. هذا هو مكمن الخطر الفادح. وأن أولئك الذين يشرعون بالتخطيط للإنتحار وإعداد أنفسهم لقتل أنفسهم يمكن أن يقوموا بكل ذلك مدفوعين بنزوات عمياء تحملهم على ذلك في ساعة من ساعات الإحباط.

تبدأ إشارات الإقدام على الإنتحار أو التفكير به في بدايات منها مثلاً تناول الشخص جرعات أكثر مما ينبغي من جرعات الأسبرين، أو تناول أي عقار آخر طبي مقرر بحده الأدنى المعقول، لكن الشخص يبتلع منه جرعات تتجاوز الحد المقبول بقصد إنهاء حياته. هذه دلائل على أن الفرد يعاني من جزع في الحياة، وهو بسلوكه هذا يجلب الانتباه إلى معاناته الذاتية. لكن أخطر هذه الدلائل هي عندما يتناول الفرد مواد قاتلة قد يُنقذ من نتائجها في اللحظة المناسبة وقد تكون القاضية، في حالة عدم وجود من يخلصه.

كشفت البحوث والدراسات أن هناك حوالي ثلثي الذين يحاولون الإنتحار ولكنهم يفشلون، هم من النساء. فهن يحاولن الانتحار بتناول عقاقير طبية أكثر من الحد المسموح به، وذلك بقصد الإنتحار مقابل ذلك، وجد أن الذين ينتحرون بالفعل هم من الرجال. إذ إن نسبتهم جد كبيرة. ومعظم هؤلاء الرجال هم من مدمني الكحوليات المسكرة.

فهناك فرق بين محاولات الانتحار والانتحار فعلاً. وأكثر محاولات الانتحار وجدت شائعة بين الفئات الآتية من الأفراد، وهم:

1 ـ المطلقون من الجنسين.

2 ـ العازبون.

3 ـ الذين يعانون من العزلة والوحدة.

4 ـ مرضى العقول.

5 ـ المرضى نفسياً كما في حالات الاكتئاب.

6 ـ المدمنون على المخدرات.

وقد بينت الدراسات أن محاولات الانتحار بين المراهقين أكثر منها بين البالغين من الرجال والنساء. كما أوضحت هذه الدراسات أن (1 ـ 2٪) ممن حاولوا الإنتحار قد تمكنوا من قتل أنفسهم في النهاية. وإن (10٪) ممن كانوا قد حاولوا في الماضي من حياتهم قتل أنفسهم، أقدموا في خاتمة المطاف على تنفيذ مآربهم.

ما هي دواعي الإنتحار؟

نقّب الباحثون عن الدواعي الكامنة وراء الانتحار، وعن البواعث التي تتحكم في أسباب الإقدام عليه. فهم مثلاً:

1 ـ تحرّوا أثر دورة القمر وأوجه دورانه وكيف يؤثر في عمليات الانتحار.

2 ـ بحثوا في فصول السنة وأي فصل فيها يكثر فيه الانتحار حيث وجدوا أنه

يكثر في الربيع.

3 ـ محّصوا الترتيب الولادي في الأسرة.

مع ذلك فلم يستطيعوا أن يصلوا إلى جواب حاسم بشأن بواعث الانتحار ودواعيه. فما من عامل معين واحد يعدّ هو المؤثر في دفع الشخص إلى اختيار الموت. ولكن ما من شك في أن هناك عوامل شتى تتضافر فتفضي إلى الانتحار، أهمها:

أولاً: الأمراض النفسية والعقلية، وقد وجد أن نسبة (95٪) من المنتحرين هم من المرضى نفسياً أو عقلياً.

ثانياً: الإدمان على الكحوليات والمخدرات، ومدمنو هذه الآفات يكثر بينهم الانتحار بشكل مرعب.

ثالثاً: اليأس وفقدان الأمل في الحياة.

رابعاً: وجد أن واحداً من كل أربعة أشخاص ممن حاولوا الانتحار كان هناك وراءهم تاريخ عائلي يشي بأن أحد أفراد أسرتهم حاول الانتحار أو انتحر بالفعل.

خامساً: الأمراض الجسمية. إذ وجد أن أكثر من (80٪) من الذين حاولوا الانتحار أو انتحروا كانوا من مكثري التردد على العيادات الطبية والمستشفيات لأسباب مرضية جسمية. وإن (5٪) من هؤلاء كانوا يعانون من أمراض جسمية خطيرة.

سادساً: طبيعة تركيبة كيمياء المخ. أي اضطراب في تكوينه البنائي الكيميائي يولد خللاً يدفع إلى الانتحار.

سابعاً: أسباب عامة كما في حالات الانتحار بين المراهقين أو بين المسنين.

ثامناً: عوامل مختلفة كالإحباطات، والهيجانات الإنفعالية.

علاج السلوك الانتحاري

قبل البدء بعلاج السلوك الانتحاري، ذلك لأن الخطر الناجم عنه أجسم من أن يُهمل أو أن يتم التغاضي عنه. وإذا ما شعر المرء أن خطر الانتحار يتهدد شخصاً قريباً منه أو أحد معارفه، هذه جملة من الأسئلة يمكن أن يجس بواسطتها نبض الفرد الذي قد يفكر في هذا العمل الخطير:

- هل فكّر الشخص بالانتحار في الماضي؟
- هل يعاني الشخص من مرض مميت كمرض (الإيدز) مثلاً أو السرطان؟
- هل لدى الشخص الذي يفكر في الانتحار مرض من الأمراض المُقْعِدَة كأمراض القلب أو التهاب المفاصل؟
- هل أصبحت هناك تغيرات دراماتيكية في نمط حياته اليوم كالتغيرات في الأكل مثلاً أو النوم؟
- هل أخذت تظهر عليه بوادر تغيرات مزاجية سريعة التقلب كالحزن والاكتئاب؟
- هل يفكر الشخص بالموت كثيراً أو هل أصبح يردد فكرة الانتحار؟
- هل أخذ الفرد يردد عبارات مثل: (ما معنى الحياة؟)، (ما فائدة الأمور؟)، (ما جدوى العيش؟)؟
- هل يبدو على الشخص أنه أخذ يتخلص من الأشياء الثمينة لديه؟
- هل أخذت إنجازاته المدرسية أو الوظيفية تتدنى بالتدريج؟
- هل يبدو عليه أنه مدمن كحوليات أو مخدرات؟
- هل أخذ يتخلى عن جميع علاقاته وارتباطاته الحميمية؟
- هل أخذ الشخص ينكمش عن جميع الفعاليات والنشاطات النافعة له وللمجتمع؟
- هل شرع يهمل العناية بمظهره الخارجي؟
- هل بدا عليه في الآونة الأخيرة كثرة الشكوى من بعض الأعراض الجسمية كالصداع المزمن والتعب المرهق بلا سبب؟
- هل أصبح سلوكه عدوانياً، أو سلوكاً يتسم بالكراهية أو التمرد؟

- هل اتفق أن هرب أحد المراهقين أو أحد الشباب من جو الأسرة وألف هذا النمط من السلوك؟

فكلما كانت الإجابات عن تلك الأسئلة بـ (نعم) أكثر، كان احتمال اقتراف الفرد الانتحار أوسع وأخطر. والعلاج في هذه الحالة يتركز حول كسب الوقت بحيث يمكن التغلب على الصعوبة أو المشكلة التي تدفع بالفرد إلى التفكير بالإنتحار.

وهناك علامات من شأن أن تعمل إشارات تحذير من أن الشخص قد يفكر، أو يخطط، أو سيقدم على الإنتحار. من هذه العلامات التحذيرية:

1 ـ يلاحظ عليه الهجوم المستمر.

2 ـ يبدو عليه القنوط والتخوف بلا مبرر.

3 ـ العزوف عن مخالطة أصدقائه ونفوره من جو أسرته.

4 ـ غرابة أطوار حياته اليومية.

5 ـ ظهور علائم معينة عليه توحي بأنه يفكر في الانتحار.

6 ـ يغلب على رسائله الشخصية أو ما يكتبه من شعر ونثر ما يشير إلى أنه يخطط للانتحار.

7 ـ ظهور أمارات الملل وكثرة الضجر على سلوكه وتصرفاته.

8 ـ الإغراق في الشراب وإدمان تعاطي المخدرات.

9 ـ تغيرات مفاجئة وتحولات دراماتيكية تظهر على شخصيته.

10 ـ كثرة شكوى من أمراض جسدية لديه.

11 ـ صدور عبارات عنه كقوله: (ما من شيء يستحق العيش أكثر بعد الآن).

12 ـ الإعراض عن كل ما في الحياة.

وفيما يلي بعض المقترحات يمكن الأخذ بها من أجل التقليل من خطر الانتحار أو التفكير به. وهذه المقترحات شاملة يستطيع الجميع الإنتفاع بها لحماية الذين تعرفهم من خطرهم على أنفسهم.

أولاً: شجّع الشخص على الكلام حتى تعرف دواخله.

ثانياً: لا تنتقد الشخص على محاولته الإنتحار.

ثالثاً: لا تقدم له قائمة بنصائح قد لا يسيغها.

رابعاً: اقترح له حلولاً مجدية.

خامساً: لا تحاول إظهار روح التحدي له.

سادساً: لا تخشى أن تسأله: لماذا يفكر في الانتحار.

سابعاً: عبّر له عن مشاعرك نحوه.

ثامناً: أبعد عن الشخص كل ما يعدّ مصدر خطر عليه.

تاسعاً: لا تستهن بتهديدات الأشخاص في القيام بالانتحار.

عاشراً: عليك بالشك في نوايا الشخص في الانتحار عندما يقول لك مثلاً: (وداعاً)، أو حينما يعطيك كل ما لديه من مقتنيات ثمينة.

حادي عشر: حاول اصطحاب الشخص إلى مختص بالطب النفسي وكلماه عن الحالة كلاكما.

ثاني عشر: إذا كانت حالة الشخص توحي بالانتحار صراحة فيجب ملازمته باستمرار ومراقبته على الدوام.

وإلى من فكر أو يفكر في الانتحار نسوق النصائح التالية التي صدرت عن الرابطة الوطنية للأمراض الإكتئابية: The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA):

- تحدث بما يخالجك وبما تحس به إلى شخص تثق به. فإنك ستجد بذلك متنفساً لما يضايقك. وستجد رأياً صائباً.
- تحدث ببواطنك وبمشاعرك إلى مختص في الطب النفسي.
- صرّح بما تشعر به ولا تتكتم عليه.
- دوّن على الورق ملاحظاتك وبما يعنّ لك يوماً بيوم.
- ابتعد عن تعاطي الكحول والمخدرات.

• إعترف بأولى أحاسيسك في الانتحار.
• إختر أنسب الأوقات التي تحس فيها بالراحة النفسية للذهاب إلى المستشفى.
• خطّط لنفسك أسلوب حياة تراك قادراً على تطبيقه، فهذا الإجراء من شأنه أن يملأ نفسك وذلك بالأمل في الحياة. واجعل خطتك على وفق النموذج التالي مثلاً:

A plan for life

Doctor's name/phone number: ______________________

If doctor is not available call other medical professionals: ______________________

____

If I start to think about suicide, I will contact these trusted friends (in order of priority):

NAME	PHONE
1 ______________________	______________________
2 ______________________	______________________
3 ______________________	______________________

I know that I am entering a depressed phase of my illness when I experience the following warning signs:

1 ______________________

2 ______________________

3 ______________________

If someone I cared about were considering suicide, this is what I would say to him/her: ______________________

____

____

Preferred hospital if necessary: ______________________

My health insurance carrier is: ______________________

Amount of hospitalization insurance coverage: ______________________

Policy number: ______________________

Activity checklist

- ☐ Contact doctor
- ☐ Contact friends or family
- ☐ Read diary entries
- ☐ Notify employer (if I think I will need time off)
- ☐ Throw away alcohol and unnecessary medications
- ☐ Prepare for possible hospitalization (if doctor advises)
- ☐ Identify stressors that may have led to this crisis

ما تأثير الانتحار على واقع العلاقات الأسرية والاجتماعية؟

أية محاولة للإنتحار يقدم عليها الفرد تعد كارثة تهز أول ما تهز كيان الأسرة من الأعماق. وأول إحساس عميق بالذنب ينتاب أفراد الأسرة، إذ يجعلهم يتساءلون عن دواعي تقصيرهم نحو الفرد وعما كان يجب عليهم عمله إزاءه ولكنهم قصّروا فيه. فهو إحساس بالذنب قد لا يكون هناك مبرر له. ولكن الأهم هو أن الرعب يبقى مخيماً عليهم خشية إقدامه مستقبلاً على نفس الفعلة. فهم يلبثون مسرورين لنجاته، فزعين خوفاً من مغبة تكرار محاولاته. إنهم يعيشون تحت وطأة كابوس مزدوج.

إن مجرد فكرة الانتحار إنما هي فكرة مرعبة، وآثارها ماحقة للفرد ولأسرته ولقدسية الحياة ولكرامة الإنسان. والذين يزهقون أرواحهم بأيديهم يخلّفون وراءهم عشرات الأسئلة عما حدا بهم إلى انتزاع حياتهم بأيديهم.

الأحزان التي تعمّ الأسرة وأصدقاء المنتحر أمور لا يدرك قسوتها إلاّ الذين يقاسونها. لذا يجب أن تنتبه الأسرة، والمؤسسات المجتمعية، بل المجتمع كله إلى اتخاذ كل تحوط مستطاع لتحري ما قد يدفع إلى محاولة الانتحار أو الإنتحار الفعلي، وليست هذه الجوانب بمستعصية إذا ما صحّت الإرادة المتبوعة بكل عمل جاد. فما المانع، ما دام الحال تتعلق دواعيه بمصير إنسان؟.

الفصل الثالث عشر

السلوك العدواني ودوافع العنف

- **ما هي الأسباب؟**
- **أسباب السلوك العدواني ودوافع العنف**

1 ـ العوامل البيولوجية

2 ـ المرض العقلي

3 ـ العوامل التطورية

4 ـ العوامل الاجتماعية

- **علاج السلوك العدواني**

ما هي الأسبـاب؟

أصبح السلوك العدواني ودوافع العنف الكامنة وراءه أمراً متفشياً. فهناك مئات الحالات من مظاهر السلوك اللاإجتماعي هذا ترتكب في كل ساعة في أنحاء العالم.

أخذ السلوك العدواني الناشيء عن اضطرابات عقلية يكوّن مشكلة تؤرق عائلات أولئك الذين يعانون من أمراض عقلية أو نفسية. فبعض الأفراد الذين يقاسون من أمراض نفسية يمكن أن يصدر عنهم سلوك عدواني وأساليب عنف غير متوقعة. وقد يوقعون عدوانهم ويصبّون أذاهم على الذين يقومون على رعايتهم والعناية بهم. ففي دراسة شملت (55) أسرة كانت تقوم برعاية مرضى عقول من أفرادها ومن الأقارب، ذكرت أن أفرادها الآخرين تعرضوا إلى شتى أنواع العدوان من جانب أولئك المرضى، (أنظر الفصل الأخير من هذا الكتاب).

إن لمثل هذا السلوك العدواني وبواعثه تأثيراً سلبياً على الناحيتين الاجتماعية والشخصية. فكلا المستويين يتأثران بشكل وخيم.

في المعايير التالية، دلائل تنمّ عن دوافع عنف وسلوك عدواني يأتيه الفرد:

- الصياح المتكرر وإحداث الضوضاء باستمرار.
- الإكثار من الشتائم والسباب.
- استخدام اللغة النابية والألفاظ البذيئة.
- التوجه بإشارات التهديد إلى الذات أو إلى الآخرين.
- إغلاق الأبواب أو الأثاث.

- تحطيم الأشياء أو النوافذ.
- إشعال الحرائق أو إتلاف الممتلكات الخاصة.
- تجريح الجلد بالأشياء الحادة، ونتف الشعر، وضرب النفس باليد أو بأي شيء آخر.
- ضرب الرأس باليدين، والارتماء على الأرض بعنف.
- إيذاء النفس بآلات حادة، أو حرق اليدين، أو الجلد بالنار.
- ضرب الآخرين، أو دفعهم بعنف.
- مهاجمة الآخرين إلى حد التسبب في إيذائهم أو قتلهم.

أسباب السلوك العدواني ودوافع العنف

ثمة فرق بين الغضب العادي والسلوك العدواني. الأول يعكس عدم الرضا عن شيء يجري، والثاني يبلغ بصاحبه إلى حد التهديد لحياة الآخرين. الأفراد العدوانيون ويمضون في عدوانيتهم حتى يصبحوا خطراً، ويتمثل في سلوكهم العنف الخطير. لماذا؟

الأسباب لا حصر لها. فهي معقدة وشتى. فهناك مثلاً:

1 ـ أسباب مرضية.

2 ـ أسباب عدوانية.

3 ـ أسباب اقتصادية ومالية.

4 ـ أسباب نفسية.

5 ـ أسباب عقلية....

6 ـ أسباب بايولوجية... الخ...

وكل سبب من هذه الأسباب يستدعي إسهاباً يتجاوز مساحة هذا الفصل. وهناك اتفاق بين المختصين على أن العوامل البيولوجية هي العنصر الأول الذي يدفع بعض الأفراد إلى السلوك العدواني والعنف، من ذلك مثلاً إتلاف بعض خلايا المخ لسبب أو آخر.

1 ـ العوامل البيولوجية Biological Factors:

للعطب الذي يصيب الدماغ دور رئيسي في سلوك العنف فقد وجد أن (70٪) ممن يعانون صدمات رضية أصابت منهم الدماغ، يستجيبون بعنف وبعدوانية لأتفه المثيرات ولأسخف الأسباب.

كما وجد أن الذين يتعرضون لحوادث تصيب الدماغ أثناء أو بعد الانتهاء من الشراب المسكر، أو أولئك الذين يدمنون الكحوليات والمخدرات بعد الإصابة الدماغية، يصبح سلوكهم عدوانياً وعنيفاً.

إن أي عطب يصيب الدماغ يمكن أن يؤثر في وظائف الفصوص الأمامية أو الصدغية من الدماغ، وهي المناطق التي تتحكم بالمنطق، وبالحكم العقلي، وبالانفعالات الفجة كانفعال الغضب الهيجاني.

أما الربط بين السلوك العدواني والصرع فمسألة تستوجب نقاشاً شاملاً، وقد جاءت نتائج الدراسات بهذا الصدد بشيء نزر في هذا السياق.

وفيما يلي جدول ببعض الأسباب البيولوجية التي تؤثر في إثارة السلوك العدواني المتصلة به دواعي العنف:

BIOLOGICAL CAUSES OF AGGRESSIVE BEHAVIOR

ILLNESSES	
☐ **Alzheimer's disease**	☐ **Multiple sclerosis**
☐ **Brain injury**	☐ **Parkinson's, Huntington's, or Wilson's disease**
☐ **Brain tumors**	☐ **Seizure disorders**
☐ **Delirium**	☐ **Stroke and other neurological disease**
☐ **Hormonal disorders (such as hyperthyroidism)**	☐ **Systemic lupus erythematosus**
☐ **Infectious illnesses**	☐ **Vitamin deficiencies**
SUBSTANCES	
☐ **Alcohol**	☐ **Over-the-counter sedatives (which may produce delirium)**
☐ **Anti-anxiety agents (barbiturates, benzodiazepines)**	☐ **Painkillers (opiates and other narcotics)**
☐ **Antidepressants**	☐ **Steroids**

من العوامل البيولوجية الأخرى التي تحراها العلماء في بحوثهم العوامل الوراثية، فلم يجدوا شيئاً كثيراً يدل عليها. كذلك تقصى العلماء طبيعة الهورمونات الذكرية والأثوية، فوجدوا أن هورمون (التستوستيرون) Testosterone عند الذكور يكون أحياناً عاملاً يؤدي إلى العدوان.

الأمراض الجسمية واستخدام العقاقير المخدرة يمكن أن تؤدي إلى السلوك العدواني. الدهنيات الزائدة والسمنة الزائدة التي تؤثر على عمل القلب يحتمل أن تؤدي إلى سلوك العنف والعدوان.

وجد أن اللجوء إلى تقليل الكولسترول عن طريق العلاج ينتهي إلى وفيات بالحمى نتيجة اضطرابات تصيب القلب، لكن أكثر المشكلات التي تترتب على ذلك هي ازدياد الموت بالحوادث مثل القتل العمد، والانتحار. ويعللون ذلك بأنه نتيجة لإرتفاع مستوى النزعة العدوانية. بيد أن هذا الرأي لا يزال بانتظار التحقق منه على وجه اليقين.

2 ـ المرض العقلي Mental Illness:

تشير البحوث الحديثة إلى أن الأفراد ذوي الاضطرابات العقلية الخطيرة هم أكثر عدوانية في سلوكهم مما يمكن أن يكون عليه سواهم. ويقدر الباحثون أن نسبة (7٪) من نسب السلوك العدواني ودوافع العنف هي بين الأفراد الذين يعانون من مشكلات عقلية، تقابل ذلك نسبة (2٪) بين جميع الناس من سكان المجتمع ككل.

والعدوان نفسه يعدّ عرضاً لا محيص من تحري الدوافع والأسباب الكامنة خلفه ويجدر القول أن السلوك العدواني وإن كان يعد عرضاً دالاً على وجود خلل عقلي، لكن التدقيق الحديث في البحوث كشف عما يسمى الآن بـ (اضطراب العنف الإنفجاري المتقطع): Intermittent Explosive Disorder، وهذا النوع من الاضطراب السلوكي العدواني يحدث على شكل نوبات تنفجر بين آونة وأخرى في سلوك الفرد.

3 ـ العوامل التطورية Developmental Factors:

وتحت هذه العوامل عددت الرابطة النفسية الأمريكية الخاصة بالعنف والشباب، عدة عوامل منها:

(أ) التنشئة الأسرية.

(ب) تأثير أقران السوء.

(ج) العوامل الاقتصادية.

(د) نقص فرص قضاء الوقت في الحياة اليومية.

(هـ) تأثير وسائل الإعلام تأثيراً معكوساً.

4 ـ العوامل الاجتماعية Social Factors

وتحت هذه العوامل سمّت الرابطة النفسية الأمريكية الخاصة بالعنف والشباب، جملة أسباب منها:

(أ) الفقر المدقع.

(ب) الحرمان من كل شيء.

(ج) البطالة.

(د) التمييز العنصري.

(هـ) التحيز.

(و) الانضمام إلى العصابات.

(ز) التعرض إلى العنف من جانب الآخرين.

فهذه وغيرها أخرى، كلها عوامل من شأنها أن تدفع بالآخرين إلى السلوك العدواني.

وفيما قائمة بأبرز مظاهر السلوك العدواني:

أولاً: عدوان لفظي Verbal Aggression

ـ الإكثار من الأصوات العالية والضجيج والصياح الغاضب.

- الشتائم المتكررة.
- استخدام الألفاظ النابية.
- التهديد بالكلام والإشارات التهديدية.

ثانياً: **عدوان مباشر ضد الأشياء** Physical Aggression Against Objects:
- ضرب الأبواب بعنف، بعثرة الأشياء.
- إلقاء الأشياء ورميها بعنف، رفس الأثاث، الشخبطة على الجدران.
- تكسير الأشياء وتحطيمها، تهشيم النوافذ.
- إشعال الحرائق، رمي الأشياء بشكل خطير.

ثالثاً: **عدوان ضد النفس** Physical Aggression Against Self:
- خرمشة الجلد أو قطعه تجريحه بآلة حادة.
- ضرب الرأس بإحدى اليدين أو كلتيهما، ضرب الرأس بشيء صلب.
- إحداث جروح في جسمه، ومحاولة رضّه.
- تقطيع أجزاء من الجسم ومحاولة إبقائه دامياً، وعض الجزء المقطوع.

رابعاً: **عدوان ضد الآخرين** Physical Aggression Against Others:
- يندفع ضد الآخرين بشكل عدواني.
- يضرب الآخرين، يرفسهم، ينتف شعرهم.
- يهاجم الآخرين ويحاول جرحهم.
- يهجم على الآخرين بشكل خطر يبلغ حد جرحهم بصورة جد خطيرة.

علاج السلوك العدواني

كثير من الناس تراهم يواجهون مشكلات قذف ما في أيديهم من أشياء حال أن يستبدّ بهم الغضب. فترى الواحد منهم يرمي ما في يده في الهواء، أو يهوي به على الأرض، أو يزعق بشكل لافت للنظر والانتباه، أو يشتم

غيره، أو يحاول أن يثقب الحائط بشيء مدبب، أو يرمي أرضية المطبخ أو الحجرة بإناء كان في يده... وهكذا دواليك يأتي بكل هذه السلوكيات تعبير عما يختلج في نفسه ويتأجج.

لذلك فمن الصعوبة البالغة رسم حد فاصل بين هذا النوع من السلوك والسلوك العدواني الذي يتخذ شكل عنف ليس بمحمود العواقب. فكلها سلوكيات تصدر عن أشخاص بعضها يجعل عوائل وأقارب الشخص الذي يقوم بها يستغشون ثيابهم خجلاً مما أتاه ذلك الشخص، وبعضها أعمال يعتذر عنها أصحابها مباشرة. لكنها أفعال تنم عن عدوانية في السلوك بشكل أو آخر.

تكرار السلوك العدواني يلزم أهل الشخص المريض بهذا الداء، أو أقاربه بطلب العون من مختص بالطب النفسي، ذلك لأن إهماله قد تترتب عليه كوارث سواء للفرد نفسه أو لمن يحيطون به. إذ إنّ الهيجان الذي ينتاب الشخص يفقده صوابه.

وننصح الأفراد أنفسهم، بل وننصح أسرهم باستخدام القائمة التي مرّت آنفاً بأبعادها الأربعة وبفروعها المختلفة. فهي قائمة أعدها الدكتور ستيوارت يودوفسكي، من كلية الطب في كلية بيْلور: Baylor College of Medicine. فهذه القائمة بتفصيلاتها تتيح للمختص أن يستكشف ما إذا كان ذلك السلوك آنياً طارئاً أم أنه سلوك عدواني.

يضاف إلى ما تقدم لا بد من إجراء التخطيطات اللازمة للدماغ ككل وللمخ للتأكد من عدم وجود عطب في المخ، وللتحقق من أنه يؤدي وظيفته بشكل منتظم.

ولا بد كذلك من التحدث إلى معلّمي الشخص سابقاً ولاحقاً، والاستفسار من أسرته عن تاريخ ماضيه الصحي. لذلك فإن المحكمة العليا في كاليفورنيا ألزمت بأنه يتوجب على المختصين أن يحموا الآخرين من خطر ذوي السلوك العدواني العنيف. والمقصود بهذه الحماية أنه يلزم المختص بالعلاج النفسي أن يوصي باحتجاز المريض في المستشفيات والمصحات العقلية إذا ما شعر منه خطراً على غيره.

وعلاج مرضى السلوك العدواني المتسم بالعنف يتكون من استخدام جميع العلاجات التالية مجتمعة:

1 ـ عقاقير ينسبها الطبيب المختص.

2 ـ علاج نفسي.

3 ـ علاج سلوكي.

4 ـ علاج بالتعاون مع الأسرة.

وفيما يلي قائمة بالعلاج بواسطة العقاقير للسلوك العدواني المزمن:

DRUG THERAPY FOR CHRONIC AGGRESSION

MEDICATION	REASON FOR ITS USE
Antipsychotics	**Psychotic symptoms, such as delusions**
Benzodiazepines	**Acute agitation**
Beta-blockers	**Chronic or recurrent aggression**
Buspirone	**Persistent, underlying anxiety and/or depression**
Carbamazepine	**Seizure disorders**
Lithium	**Mania or bipolar illness**
Valproic acid	**Aggressive behavior**

فالسلوك العدواني، سواء موجهاً للنفس كان أم ضد الآخرين، يعد آفة إجتماعية. فهو يُفقد المجتمع واحداً من أعضائه، فيما لو تمت تنشئته بعناية، أو فيما لو تمت معالجته بصبر وحكمة ودراية.

جميع أنواع السلوك العدواني المار ذكرها، وجميع دوافع العنف المرافقة له، لا ينبغي الاستهانة بها لأنها خسارة فادحة للمجتمع بكل المقاييس.

المجتمع يتطلب جهود كل فرد من أبنائه ليستكمل بنيانه، فكيف به إذا أصبح كثير من أعضائه مصدر أذى وعالة عليه؟.

الفصل الرابع عشر

الصحة العقلية ومشكلات الشيخوخة

- أين مكمن الخطأ؟
- العناية بالصحة أيام الشيخوخة
- المشكلات العقلية والانفعالية لدى المسنين
- علاج الأمراض النفسية في أواخر الحياة
- الأعباء على الأسرة

أين مكمن الخطأ؟

من المشكلات التي يعاني منها معظم المسنين هي:

- أنهم في الغالب يواجهون صعوبة في تكملة الجملة، أو إتمامها بشكل منتظم لأنهم ينسون ما يريدون قوله، أو أنهم ينسون الكلمات التي ينوون استخدامها لإتمام ما يريدون التحدث به.
- ينسون أين وضعوا الأشياء، أو أنهم لا يضعونها في أماكنها الصحيحة.
- في الغالب يبدو عليهم الإرتباك والاضطراب.
- ينسون كيف يكملون مهماتهم، أو ما يوكل إليهم من مهام.
- يتيهون أحياناً حتى في الأماكن المألوفة لديهم والمعتادين عليها.
- يغلب عليهم نسيان حتى الشهر وفصول السنة.
- يعانون من نوبات دُواخ (دوخان، دوخة) ويكثر لديهم الصداع المصحوب بفقدان الذاكرة والمصاحب لها أيضاً.
- تلازمهم الكآبة، وتصاحبهم التقلبات المزاجية.
- يفقدون الشهية للطعام فيتناقض وزنهم.
- يفقدون الاهتمام بالفعاليات العامة في المجتمع في الحياة ككل. تلازمهم صعوبة في التنفس وسرعة في ضربات القلب، يلازمهم الغثيان واضطرابات في الجهاز الهضمي، تضايقهم الضوضاء. لذلك يتفجرون غضباً.

وفيما يلي نورد قصة أحد المسنين، وكان اسمه توم نلسون Tom Nelson. وكان مضرب المثل للمواطن العصري المتحضر. وبعد إحالته على التقاعد (المعاش) لبث نشطاً، يزاول لعبة التنس وألعاباً أخرى. ولعبة التنس كانت لعبته المفضلة يزاولها مع الجولف عدة مرات في الأسبوع. سافر وزوجه

(زوجته) إلى أوروبا وآسيا. ورغم أنه كانت لديه بعض المشكلات الصحية، إلا أنها لم تؤثر عليه شيئاً، ولم تنسف حبه للحياة، ولم تعرقل فائض طاقته، ولم تحل دون شغفه بالحياة ككل.

وعندما بلغ توم السبعين من عمره، توفي أخوه الأكبر، وأحد أصدقائه الحميمين خلال شهر واحد. وبعد هذين الحديثين بفترة ليست بالقصيرة، أخذت تبدو على توم علاقات الشرود العقلي والإنطواء. وفي السنة التي أعقبت ذلك أخضع لعملية جراحية في القلب. أَبَلَّ من عمليته هذه وتماثل للشفاء منها، لكنه أصبح شخصاً هذيانياً. فصار كثير الهذيان بشكل لافت للنظر. حالته هذه أفزعت زوجه (زوجته) وأولاده الكبار كذلك. إذ أصبح الرجل لا تطاق عشرته، ولا تحتمل حالته، بعد أن كان مثلاً يُحتذى في العقلانية والهدوء. ورغم أن هذيانه زال بعد أيام قلائل، غير أن استرداده عافيته سار بشكل جد بطيء. تبع ذلك أنه أعرض تماماً عن معاودة مزاولة ألعابه ورياضته التي كان بها شعوفاً جداً.

وإبّان السنتين التاليتين، نشأت لدى توم مشكلات صحية أخرى، استوجبت علاجات طبية مكثفة. صار لا يستطيع النوم أثناء الليل، وكان يكثر من التردد على المطبخ لاحتساء (البراندي) وسواه من المشروبات الكحولية الأخرى، وإذا زاره النوم فإنه ينام على الأريكة في غرفة الاستقبال. وبدلاً من أن يستثمر يومه في شيء نافع، أخذ يجلس أمام جهاز التلفاز ساعات بكاملها. نتج عن ذلك أن ذاكرته أخذت تتعثر. فلم يعد في وسعه تذكر أسماء أحفاده، ولم يستطع استعادة ذكريات محادثة، كان طرفاً فيها في الأسبوع الماضي ليومه الذي هو فيه. وبالتدريج صار إلى حال من الهيجان المستمر. يصرخ بزوجته لأتفه الأسباب. يتشاجر بلا سبب مع موظفي المخازن متهماً إياهم بأنهم يهمزونه ويلمزونه. الأمر الذي حمل ابنته المذعورة من حالته على أن تسأل أخاها: (ما هو الخطأ الذي يعاني منه والدي العزيز؟) أجابها أخوها بقوله: (إنه أصبح طاعناً في السن لذا صار هيّاصاً) فردت البنت قائلة: (وما أدرانا؟ لعلها ليست الشيخوخة وحدها وبمفردها هي السبب؟).

وبعد التحدث مع ابنه وابنته وأمهما بشأن حالته اقتنع الثلاثة من أسرته بأن يعرض توم على مختص بالطب النفسي الخاص بالكبار والمسنين. وبعد التحقق من وضعه الصحي النفسي والعقلي اتفق أطباؤه على أن توم في كثير من أعراضه كان يعاني من:

1 ـ أعراض النسيان insomnia،

2 ـ مشكلات في الذاكرة memory problems،

3 ـ سرعة الغضب irritability،

4 ـ الشك suspiciousness.

كل هاتيك الأعراض كانت نتيجة لما يلي:

1 ـ أمراض جسمية physical aliments،

2 ـ اكتئاب depression،

3 ـ تعاطي الأدوية بكثرة medications،

4 ـ تعاطي الكحول وتناولها بكثرة alcohol.

بيد أنّ هناك في مئات الحالات المماثلة لحالة توم. كلها حالات تخص مسنين أمثاله. لكنها حالات يمكن علاجها بشكل فعّال. غير أنه يمكن القول أن حالات كهذه لا يمكن التعرف عليها في الغالب، ولا أصحابها يريدون الاعتراف بها. فما أكثر المسنين من بين الرجال والنساء ممن لا يريدون الإقرار بما هم عليه من حالات، ولا يطيب لهم الاعتراف بما يواجهون من صعوبات يتعرضون لها بسبب عوامل الشيخوخة. فهم يشعرون محرجين حين تستلفت انتباههم إلى ذلك. لذا تراهم ومعهم أقاربهم وكل من يمتُّ إليهم بصلة قربى أو صادقة، يعتقدون خاطئين بأن كل من

1 ـ الاكتئاب،

2 ـ والإضطراب،

3 ـ واللهوجة،

4 ـ والقلق،

5 ـ ومشكلات الذاكرة واضطراباتها،

إنما هو نتيجة حتمية للتقدم في العمر ولكبر السن. غير أن هذا اعتقاد واهم. ولا أساس له من الواقع يدعمه. وأن الكبار في السن، شأنهم شأن صغار السن، يمكن أن يتم شفاؤهم بالعلاج الصحيح، والنتائج مضمونة جداً.

العناية بالصحة أيام الشيخوخة

كل واحد منا، نحن البشر، يتقدم به العمر. ونحن لسنا هكذا كأفراد، بل هذه هي حالنا كمجتمعات. مجموع الرجال والنساء، ممن نيّفوا على الخامسة والخمسين، يكوّنون حوالي خمس السكان في أمريكا. وفي عام (2010) سيكون هناك حوالي (74) أربعة وسبعين مليوناً من الأشخاص يبلغون حوالي (55) عاماً من أعمارهم وأكثر من هذه السن. وسيكون هناك من بين كل سبعة أشخاص، شخص واحد قد تجاوز التاسعة والستين من عمره. ولما كان عدد المواطنين المسنين يتنامى باستطراد، فإن هذا يستدعي الاهتمام بمستقبل حياتهم على نحو أفضل. ويجدر أن نعلم أن المعمّرين من السكان، ممن بلغوا أكثر من ثمانين عاماً من العمر، يستوجب الأمر العناية بهم. فهم شريحة آخذة في الازدياد أيضاً. ففي عام (2000) سيبلغ عدد أفراد هذه الشريحة (5) خمسة ملايين.

في الماضي كان ينظر إلى أن المسنين أنهم ماضون من بيننا بحكم السن وعوامل التعرية التي تنحت في أجسادهم. أما اليوم فالعناية الصحية، والوعي بشروط الحياة، فيُعَدّان من عوامل إدامة الحياة إلى حد ما.

لذلك فإن أمد طول الحياة الناجح أضحى أكثر إلزاماً في إعادة تعريف الشيخوخة ومستلزماتها. لذا نجد كارين روبنشتاين Carin Robinstein، الباحثة في مجال علم النفس الاجتماعي، كتبت تقول: (يشعر المسنون اليوم أنهم من الناحية السيكولوجية، أفضل حالاً مما يكون عليه كثير من الشباب. ذلك أن قلقهم حول أنفسهم جد قليل، ونظرتهم إلى الآخرين يسودها الإسترخاء. يبدو عليهم تقدير للذات أعلى مما كانت عليه الحال في الماضي. فهم لا يحسون

بالوحدة والعزلة كما قد يظنهم الآخرون).

ولكن كيف يتسنى أن يكونوا على النحو الموصوف الآن؟

يمكن أن يتم للمسنين ذلك وفق شروط صحية وظروف معيشية، أهم جوانبها.

1 ـ توفير جو الصحبة والعشرة التي تطرد الوحشة.

2 ـ توفير العناية الغذائية.

3 ـ توفير الرعاية الصحية المستمرة.

4 ـ العمل على استبعاد شبح الضغوط النفسية.

5 ـ تهيئة فرص انشغالهم بما يبدد سأم الفراغ.

6 ـ الإفادة من خبراتهم في مختلف مجالات الحياة.

وكلما كانت أيام الشباب أكثر رخاء، وأقل تعرضاً لضواغط، كانت الشيخوخة أضمن وأقل تعرضاً لمخاطر محتملة. وكلامنا هذا مبني على دراسة (175) خريجاً من المسنين كانوا تخرجوا في جامعة هارفرد عام 1940.

وجد كذلك نتيجة للبحوث أن المسنين المعمرين أقل خوفاً من شبح الموت، مما هم عليه الناشئون.

المشكلات العقلية والانفعالية لدى المسنين

من المحتمل أن يواجه المسنون مشكلات شتى، أهمها:

1 ـ مشكلات صحية.

2 ـ مشكلات اقتصادية.

3 ـ مشكلات اجتماعية.

4 ـ مشكلات نفسية.

فهذه وغيرها كلها تكوّن تحديات يتعرض لها المسنون في أيام حياتهم. فهم، إلى جانب ما ذكرنا، ربما يواجهون مشكلات تتعلق بالتغذية، أو بالهجران من جانب ذويهم، أو النسيان من جانب المجتمع.

وقد تتناقص كفالة المعمرين بسبب فقدان البصر أو قلته، أو بسبب فقدان السمع الجيد، أو بسبب فقدان السمع الجيد، أو بسبب إعتلال الصحة العامة، مما يجعلهم يشعرون بالعزلة، لذا يركبهم الهم ويستحوذ عليهم الإكتئاب.

وتقدّر الجمعية الأمريكية للطب النفسي أن حوالى (15٪ ـ 25٪) من المسنين تظهر عليهم أعراض الأمراض العقلية والنفسية. وما يقرب من نصف عدد المسنين يدخلون المستشفيات لأسباب نفسية، ومنها تفشي ظاهرة الهذيان بينهم. وما يقارب المليون من المعمرين يعانون من مشكلات الهلوسة والبارانويا. وأكثر من هذا العدد من المسنين يقاسون من أمراض نفسية واضطرابات عقلية تتراوح بين خفيفة ومتوسطة.

وأكثر الأمراض والحالات النفسية التي يواجهها المسنون هي:

أولاً ـ الحزن والأسى، وأواخر أيام الحياة توصف بأنها (فصل الخسران).

ثانياً ـ الاكتئاب: وجد أن حوالي (15٪) من المسنين يعانون من الاكتئاب.

ثالثا ـ اضطرابات القلق: وجد أن ما يقرب من (20٪) يقاسون من قلق يتعلق بأمراض جسمية، أو نفسية (ينظر الفصل الثالث).

رابعاً ـ اضطرابات في النوم: تتغير عادات النوم بشكل مقلق عبر السنين، وكلما تقدم الإنسان في العمر. فالإنسان وهو في العشرين من العمر يستسلم للنوم بعد مرور ثماني دقائق، ويستغرق في نوم عميق حوالي نصف ساعة، يمضيها في نوم مريح. بينما نجد شخصاً في الثمانين من عمره يتطلب ثماني عشرة دقيقة يتقلب في الفراش قبل أن ينام بشكل طبيعي، ولا يستمتع بنوم

هنيء إلاّ دقائق معدودات، هذا إذا واتاه النوم.

كشفت البحوث التي أجريت في مجال تحري متاعب الشيخوخة، أن حوالي ثلث المعمرين من الرجال والنساء يشكون من مشكلات تتعلق باضطرابات النوم.

وأهم الاضطرابات بخاصة والشيخوخة بعامة هي:

1 ـ الأرق.

2 ـ صعوبة التنفس أثناء النوم.

3 ـ تشنجات الساقين خلال النوم.

4 ـ منغّصات تحصر التنافر بين الرغبة في النوم ومشوّشات البيئة.

5 ـ منغّصات التنافر بين فترات النوم، مثل النوم المبكر والإستيقاظ قبيل الفجر ثم ملازمة الأرق.

لذلك فإنّ العلاج يتوقف على تشخيص المشكلات، ومن ثم تصحيح المشكلة الأساسية التي تسببت في إحداث المعاناة لدى المعمرين.

وأفضل تعليمات وأنجح الإرشادات التي يمكن إسداؤها للمسنين من الجنسين، هي:

- تكوين عادات منتظمة للنوم، ولليقظة، وللطعام.
- عدم المكوث فترة طويلة في الفراش أثناء النهار.
- عدم النوم في ساعات جد مبكرة في بدايات الليل.
- عدم تناول الكحوليات بقصد استجلاب النوم.
- إجراء شيء من التمارين المعتدلة خلال النهار.
- التقليل من المنبهات أو الامتناع عنها نهائياً. وهذه المنبهات هي مثل الكافايين.
- الامتناع عن تناول الأقراص المنوّمة لما لها من مضاعفات جانبية على الصحة، ومن مضاعفاتها العكسية أنها:

1 ـ تمنع تدفق الدم إلى المخ.

2 ـ تقلل من سرعة التنفس.

3 ـ تزيد من ارتفاع ضغط الدم.

4 ـ لها مخاطر على القلب.

5 ـ تؤثر على بعض خلايا المخ.

6 ـ تسبب النعاس أثناء النهار.

7 ـ تسبب للمسنين الذين يستيقظون ليلاً، شيئاً من الارتباك، واللخبطة، وعدم معرفة الاتجاهات.

خامساً ـ مشكلات تنشأ عن الإستخمار (الإكثار من شرب الخمر) وتعاطي العقاقير الطبية بكثرة. وإن كان المسنون من الرجال والنساء إقل من الشباب تعاطياً للخمور وإدماناً عليها، لكن هذا لا يعني أنهم يجافون تعاطيها تماماً. ولذلك فإن (5٪) من الرجال و(1٪) من النساء يدمنونها، فتنشأ لديهم مشكلات تترتب عليها كما تترتب على الإكثار من العقاقير الطبية بنهم وبلا دراية.

سادساً: الخلط المرضي والهذيان

اتضح أن حوالي (30٪ ـ 50٪) من المسنين من كلا الجنسين يدخلون المستشفيات للظن بأن لديهم اختلاطات طبية من نوع معين، ولكنهم سرعان ما تنشأ لديهم حالات هذيان حادة.

سابعاً: الخبل ومرض الزهايمر.

وجد أن حوالي (15٪) من المعمرين يفقدون سابق قدراتهم العقلية، وما كانوا عليه من طاقات فكرية، فيتطور عندهم شيء من الخلل يصيب أعضاء من الدماغ وأجزاء من المخ يترتب عليه الخبل أو العته. وإن ما يقارب الـ (50٪ ـ 60٪) من هؤلاء الأفراد يقاسون بالتالي من نوع من أنواع هذا الخبل الذي يسمى مرض الزهايمر.

ثامناً: الشك والبارانويا.

الشك أمر شائع بين المسنين، ويعد عرضاً من أعراض التقدم في السن. ويتراوح الشك في مدياته من ازدياد القلق والتوجس حتى يبلغ درجة التشكك بأفراد الأسرة كذلك.

علاج مشكلات الأمراض النفسية في أواخر الحياة

كبار السن من الرجال والنساء شفاؤهم بالعلاج مضمون وممكن كما هو الحال بالنسبة للشباب والناشئين. فالأمراض العقلية هي نفسها، والبرء منها جد ممكن شرط أن تشخّص بشكل دقيق، وأن تعالج في إبّانها. وحقيقة كون كبار السن يتم شفاؤهم من الأمراض النفسية والعقلية، قد أدركها المختصون في الآونة الحديثة ومنذ فترة متأخرة، لذلك راح المهتمون بالشيخوخة، ومنهم الأطباء، يعدون كل ما هو مستطاع لعلاج هؤلاء الكبار: راحوا يكرّسون لهم الوقت، والجهد، والمال اللازم، كل ذلك من أجل تهيئة حاجاتهم النفسية وتأمين المتطلبات الشخصية. وإذ نذكر عبارة (حديثاً ومؤخراً) ذلك لأن الطب النفسي للكبار Geniatic Psychiatry، لم يتقدم، بعد، تقدماً ملحوظاً إلاّ حديثاً جداً. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، فإن المختصين بالطب الجسمي، لم يكن بوسعهم تخمين مقدار ما كان يتطلبه مرضاهم من المسنين. وهذه كانت في الماضي عقبة.

ثمة عقبة أخرى، وتلك هي أن أغلب المسنين قلّما، بل يترددون في طلب العون والمساعدة لما يواجههم من مشكلات نفسية. فقد وجد أن (4٪) من المسنين الذين أرسلوا إلى مراكز الطب الاجتماعي العام، و(2٪) منهم ممن زاروا المختصين في عياداتهم، كانوا قد تجاوزوا الخامسة والستين من العمر ومن ثم عرفت مشكلاتهم؛ وهؤلاء قطعاً لا يمثلون الأعداد الكبيرة من المسنين الذين تستوجب حالاتهم العلاج، لكنهم يبقون بمنأى عن معرفة المختصين بالطب النفسي.

فلماذا تربأ تلك الفكرة الكاثرة بنفسها عن طلب المساعدة لمشكلاتها النفسية؟

إن ذلك يعزى إلى أسباب، منها:

1 ـ الخجل: فبعضهم يظن أنه من الخزي البوح بمرضه النفسي.

2 ـ المكابرة: بعض المسنين من الرجال والنساء يعتقدون أن لا داعي للعلاج، وظنهم هذا مخطوء من أساسه.

3 ـ الجهل بالأمر: بعضهم لا يدرك حقيقة ما يعانون من أمراض عقلية ونفسية.

4 ـ التجاهل: بعض المسنين يعرفون أنهم يعانون من اضطرابات انفعالية ونوبات نفسية، لكنهم يتجاهلونها ظناً منهم بأنها عابرة، لكنها تتفاقم بمرور الزمن.

5 ـ الشك: بعضهم يشكون في قدرة من يستطيع شفاءهم مما هم فيه من أمراض.

6 ـ الخوف من النفقات: بعض المسنين يخاف من مقدار النفقات.

7 ـ الخشية من العلاج: بعضهم يخشى أن يتعرض أثناء العلاج إلى آلام هو في غنى عنها أو أنه لا يحتملها.

كل تلك الأسباب: متفرقة أو مجتمعة قد تؤدي بالمسنين إلى الإحجام عن طلب سبل العلاج. لكن الواقع الآن هو أنهم يمكنهم أن يفيدوا غاية الفائدة من العلاج الحديث لو أنهم التمسوه حقاً.

أما سبل العلاج التي يتبعها المختصون من أجل تطبيب المسنين من الجنسين، فتتمثل في الآتي:

أولاً: العلاج النفسي.

ثانياً: العلاج بالعقاقير

ثالثاً: الإدخال إلى المستشفيات.

رابعاً: الدخول إلى دور الرعاية التي تتولى مهمة العناية بالمسنين. لكل من الأساليب المذكورة هنا تقنياتها، ولها المختصون بها، ممن تم تدريبهم لهذه الأغراض.

وفضلاً عما تقدم، فهناك أساليب أخرى، أهمها:

العناية الذاتية Self-Help.

في هذا الإجراء يتم تعليم المسنين معظم الاستراتيجيات التي يتقنها المختصون، وذلك ليُعنى كل واحد منهم بذاته عناية خاصة. من ذلك مثلاً:

1 ـ تعليمهم بعض التمرينات الخاصة بكبار السن.

2 ـ إرشادهم إلى بعض العقاقير المنشطة للدورة الدموية.

3 ـ إفهامهم إلى نوعيات الأغذية الملائمة.

4 ـ كيفية إرشاد ذويهم إلى أن الإبقاء على العلاقات الحميمية مع الكبار، يعد من عوامل تجديد الحيوية عندهم.

الأعباء على الأسرة

وجد بعد الدراسة والتحري أن حوالي (80٪) من المسنين والمعمرين، لديهم أبناء وبنات كبار، لكن عدداً قليلاً من أبناء هؤلاء المسنين وبناتهم يعيشون معهم. وعندما يصادف أن يكون هناك جيلان أو ثلاثة أجيال يعيشون تحت سقف واحد، نجد أن الأبناء الكبار موزعو الجهد والتفكير بين وجوب العناية بآبائهم المسنين والمعمرين، وبين ضرورة الاهتمام بأطفالهم الناشئين. ومع ذلك، فيمكن أن تكون هناك منافع مشتركة يفيد منها الآباء والأبناء على حد سواء. تلك هي إمكانية إسهام الآباء المسنين في شؤون البيت، ومثال على ذلك رعاية الأطفال الصغار في حالة غياب الأبوين عن المنزل لأي شأن كان. كما أنه يمكن أن يذكر من المنافع، تأصيل الروابط بين الأجداد والأحفاد. وفي هذا فوائد جمة تتدخل في تربية الجيل الثالث من الذرية.

ورغم ما هنالك من روابط إنسانية، فإنه لا نكران بأن هناك أعباء أسرية، فمن ذلك مثلاً أن أحد الأبوين أو كليهما، قد يكون مقعداً، أو قد يكون معتلّ الصحة جسمياً أو نفسياً، فإن الوضع هنا يتطلب صرف مجهودات خاصة إضافية أسرية.

يضاف إلى كل ذلك الأعباء المالية التي تتحملها الأسرة نتيجة العناية والعلاج. فما الحل؟

الحل يكمن في التئام شمل العائلة ومن ثم مناقشة الموقف بكل جوانبه، والتوصل إلى حل يرضي الجميع لكي يشعر كل فرد في الأسرة بالرضا من أعماقه؛ لأن ذلك النقاش من شأنه أن يزيل كل صراع ذاتي، وأن يطرد من جو الأسرة كل سوء فهم قائم على الصراعات الداخلية.

لا جدال في أن أواخر حياة الإنسان، شأنها في ذلك شأن مختلف الأعمار، تواجه تحديات، وتصادفها مشكلات، وتلك هي سنّة الحياة. فهي حياة لا تخلو من الحلو والصاب (العلقم المر).

عندما يعي المرء تلك الحقائق فإنه يتأهب لملاقاتها فيتقبل الإيجابي منها، ولا يصدم من المجافي فيها. فالمسنون يمكن أن يتعرضوا لمختلف المشكلات، منها مثلاً:

1 ـ مشكلات مزاجية،

2 ـ مشكلات تآكل الذاكرة،

3 ـ مشكلات تخص اضطراب التفكير،

4 ـ مشكلات قلق،

5 ـ مشكلات إكتئاب... الخ.

فهذه المشكلات كلها يمكن أن تؤثر في الراحة الجسمية النفسية معاً.

هذه المشكلات تزداد سوءاً عندما يتم إغفالها، أو حينما يتعمد المسنون

إهمالها. أما إذا ما تم تلافيها بصورة مبكرة، واعتراف المسّن أو المعمّر بوجودها في وقت أكبر، فإنها لن تشكل في حياته معضلة تذكر.

وليكن معلوماً للجميع: أن الحياة لا يمكن أن تستمرّ، كما بدأت، وكلها حيوية، ومرح، وانشراح، بيد أنها بالتأكيد يمكن أن تنتهي: حافلة بالكرامة، مفعمة بالهدوء، ناعمة بالراحة والسلامة.

الفصل الخامس عشر

أين الخطأ في حياة طفلي النفسية

- ما مظاهر الخطأ؟
- ما هو سوي وما هو ليس بسوي.
- فروق مزاجية اعتيادية.
- مراحل التطور الإعتيادية في حياة الطفل.
- ماذا يحتاج الطفل؟
- ما العلاج؟

ما مظاهر الخطأ؟

الأطفال الذين يعانون من مشكلات عقلية ونفسية وانفعالية، تظهر عليهم اضطرابات، أبرز ملامحها المظاهر الآتية:

- تكثر لديهم الحركة باستمرار ونادراً ما يهجعون، وكل حركاتهم ليست طبيعية.
- تظهر عليهم علائم النزعة العدوانية.
- يلوح عليهم واضحاً التشتت العقلي فلا يستطيعون التركيز على شيء محدد.
- كثيراً ما تظهر عليهم نوبات غير متوقعة فتراهم يكثرون من الصياح والصراخ بشكل مفاجىء.
- يتمردون على التقاليد ولا يألفون أحداً.
- تبدو عليهم واضحة علائم الملل فيغيرون من نشاطهم بين الفينة والأخرى.
- ينامون أو يأكلون أكثر من اللازم، أو أقل من المألوف.
- تنقصهم الحيوية التي يتمتع بها الآخرون، ويشكون دائماً من كثرة التعب وهو تعب غير طبيعي.
- يبدو عليهم الهجوم، والحزن الدائم، ويحتاجون دائماً إلى التشجيع.
- تظهر عليهم السلبية الدائمة، وهم دائمو الهيجان والغضب.
- ما أن يعملوا شيئاً حتى ينتقدوه وينقضوه فيهدموه.
- قلما يزدادون وزناً.
- وهم شديدو الخجل، ويتوجسون من أي شيء فلا يألفون المواقف الجديدة.
- يواجهون صعوبة في تكوين علاقات مع أقرانهم، أو مع أقربائهم، أو مع أي من الكبار.

- لا يكوّنون روابط مع الأطفال الآخرين
- يرفضون الذهاب إلى المدرسة، ولا يريدون مفارقة الأبوين أو الابتعاد عنهما كليهما أو إحداهما.
- يظهر عليهم التوتر واضحاً، ويبدون دائماً منكمشين.
- يرفضون المشاركة في أية فعاليات تذكر.
- تنقصهم السيطرة على كيفية إخراجهم من المعدة أو من المثانة: فهم يتغوطون أو يتبوّلون لا إرادياً حتى بعد تجاوزهم سن الخامسة من الأعمار.

تلك مشكلات أوردناها ولها من الواقع عشرات الحالات تؤيدها.

فهذه مهى عمرها سنتان ولم تنطق بكلمة.

وهذا عادل البالغ من العمر ست سنوات ما زال يتبول في فراشه.

وهذا هادي في الثانية عشرة من عمره ويذكر عنه معلمه أنه لا يستطيع التركيز، وأنه شارد الذهن.

وهذه ياسمين البالغة العاشرة من عمرها، قد أقلقها طلاق والديها، فأثّر هذا عليها هذا الافتراق فلم تعد تستطيع النوم ليلاً.

وهذا هاني ابن الثانية عشرة من عمره، كثير التمرد، دائم التحدي لقيم الأسرة، شديد الإنفجار لأتفه الأسباب.

وهذه هنا ابنة الرابعة عشر من عمرها، قد استحوذ عليها الوجوم، ولازمها الاكتئاب، منذ غادرت أسرتها المنزل القديم الذي كانت قد أَلِفته من قبل. فراحت تلازم غرفتها في المنزل الذي حلّت فيه الأسرة، ولا تبارحها، وتلازم الصمت المطبق، فلا تتحدث مع أي واحد من والدها، وترفض ذلك بشدة.

هؤلاء أطفال لكل منهم مشكلاته ولكل منهم اضطراباته. فلا ينبغي أن

يستهان بها أو أن تغفل. فهي مشكلات، وهي إضطرابات لها مخاطرها إذا ما أهملت وتأصلت في أغوار نفوس أصحابها.

يحب الكبار منا أن يرى الطفولة مملكة تشرق عليها الشمس باسمة في كل الفصول. بل إننا هكذا نعتقد. الأطفال أدرى منا بدواخلهم. فهم يواجهون تحديات تتعلق بعدم القدرة على السيطرة على نزواتهم ودوافعهم الجامحة. الأطفال ينشدون تعلم مهارات جديدة، واكتساب خبرات طازجة، تمكنهم أساساً من العيش والحياة باطمئنان، وهم يتطلعون إلى تعلم تجارب سلوكية تتيح لهم تكوين علاقات حميمة مع أقرانهم ـ تلك متطلبات تقتضي جهوداً مضنية، فلا ينبغي الظن بأنها ميسورة في الحصول عليها وتأمينها لهم بكل سهولة.

فطريق الطفولة لبلوغ مآرب الرشد والنضج ليس بالطريق المعبّد. فما أكثر المتاعب وما أوسع المصاعب التي تعترض الأطفال وهم يشقون سبيلهم إلى حياة الكبار وطبقاً لدراسات حديثة، لذلك، فإن المشكلات العقلية والنفسية والانفعالية، التي تصيب الأطفال، تؤثر على واحد من بين كل خمسة منهم.

منذ أعوام خلت ما من أحد كان يعترف أو يعرف، بله القول حاول أن يكتشف، مجاهل عالم الطفل وأرجاء عقله. أما اليوم فالفضل كل الفضل يعود إلى ما حصل هناك من تقدم مشهود في مجالين من مجالات الاهتمام بالطفل، هما مجالا علم النفس والطب النفسي: وهما أحدث العلوم السلوكية نشأةً وشباباً، فمن هذين العلمين الحديثين الشابين بوسع الناشئين وآبائهم أن يستمدوا ما يمكّنهم من مواجهة أشد الأزمات أهمية في بواكير الحياة. ذلك أن المحكات التشخيصية أصبحت أكثر دقة مما كانت عليه في الماضي، وهذا فضلاً عن توفر هناك أبحاث تُجرى من أجل إيجاد أفضل سبل العلاجات. فصار الأمر ميسوراً باستطراد وبازدياد مما مكّن المختصين بالصحة العقلية والنفسية من تنظيم أنواع العلاج الخاص بمشكلات محددة تهم الأطفال وبما هم إليه من حاجات كانت في السابق مهجورة، بل مهملة تماماً.

ولهذا فإن الدلائل اليوم تشير إلى أن معظم الأطفال الذين يتلقون الآن علاجات للتخلص من مشكلاتهم، يشفون مما هم فيه من متاعب. وكلما كان التشخيص أبكر أصبح في الإمكان إعادة الأطفال المرضى عقلياً ونفسياً منهم والمشكلين إلى جادة الصواب، وكانت النتائج أضمن وأوفر.

ما هو سوي وما هو ليس بسوي

من الصعوبة بمكان أن يحكم الأبوان حكماً صائباً فيما إذا كان ثمة شيء في تكوين طفلهما منقوص. إذ إن طفولة (سوية) كثيراً ما تتخللها أزمات تتفاوت حدة وشدة. والآباء كثيراً ما تستحوذ عليهم الغفلة فلا يدرون ما إذا كان أطفالهم، وهم يعانون من حالات انفعالية ونفسية، يتعرضون أو يسلكون ذلك السلوك الشاذ وهم تحت وطأة مشكلة من نوع ما. فالأطفال في الغالب يعجزون، أو يتكتمون، أنهم يعانون من حالة نفسية، أو أنهم يصمتون عما يتعرضون له في المدرسة مثلاً من تخويف أو اضطهاد من زملائهم الأكبر. ليكن معروفاً إن ذلك كله، وما يشبهه يمر به الطفل والأبوان ليسا واعيين بما يعانيه ابنهما الصغير أو ابنتهما الصغيرة.

مما يجعل مهمة الأبوين أصعب هو أن الأطفال كثيراً ما تنقصهم القدرة على التعبير عما يحتمل في دواخلهم من احتدامات انفعالية ونفسية. فلا يستطيعون التعبير عن خوالجهم بشكل مباشر.

يتوقف الأمر في الغالب على عمر الطفل. فالأطفال الأصغر سناً قد يعبّرون عما بهم بالصراخ، أو بالخبط، أو بالضرب، أو بالعزوف عن الميل إلى اللعب... الخ. فهذه وسائل مألوفة في حياة الأطفال عندما يكونون في وضع نفسي ليس بالسوي، أو حينما يتوعكون صحياً.

أما المراهقون فإنهم يعبّرون عما هم فيه من اضطراب أو ألم، بقولهم: ليسوا مكترثين، وبقولهم: لا يهمهم من الدنيا شيء. وعندما يلحّ عليهم الآباء

عن علة الشكوى التي تُمضّهم، لا يجدون من الألفاظ ما يكفيهم للإعراب عما فيهم.

فمال الحال، إذاً، ؟

الموقف الذي باستطاعة الأبوين اللجوء إليه في هذه الحالات، هو أن يراقبا حدة المشكلة التي يعاني منها الطفل أو المراهق، ومدة استمرارها. وهل لحالة ابنهما تأثير سلبي على:

1 ـ عمله المدرسي،

2 ـ علاقاته بأبويه،

3 ـ علاقاته بزملائه وأقرانه،

4 ـ ازدياد الحالة سوءاً؟

وبمقدور الأبوين تقديراً لموقف من خلال معرفتهما بسلوك ابنهما الطفل أو الناشىء، ومن خلال أحاديثهما مع معلميه في المدرسة، ومن خلال أدائه السلوكي والمدرسي، ومن خلال حسن علاقته بأفراد أسرته.

في حالة استشفاف ما ينمّ عن مشكلة، فما على الأبوين أو من يقوم مقامهما إلا التماس عون مختص بشؤون الطفل قبل أن تزداد الحالة سوءاً. وعلى الآباء أن يطردوا عن أفكارهم ما يساورهم من شكوك بشأن استشارة مختص بعلم النفس أو طبيب نفسي: شكوك تتعلق بأن هذه الاستشارة قد تلحق الأذى بسمعة الطفل أو الأسرة! هذه أوهام لا مكان لها في عالم اليوم. ذلك لأن شفاء الطفل مما يعانيه أهم من ظنون تؤدي إلى إهمال المرض فيؤذيه.

تشخيص حالة الطفل تتطلب عدة إجراءات، منها على سبيل المثال لا الحصر:

1 ـ التوجه بأسئلة إلى الطفل نفسه وحسبما يناسب سنه.

2 ـ التوجه بأسئلة إلى الأبوين عن خلفية الطفل منذ ولادته.

3 ـ يطلب إلى الطفل أن يرسم ما يعنُّ له لأن ذلك يساعد على استكشاف إسقاطاته النفسية والعقلية.

4 ـ علاقة الطفل بأخوانه وإخواته وأقرانه.

5 ـ مزج الطفل مع آخرين من سنه في باحة للعب سوياً ومراقبة سلوكه فيما إذا كان غيوراً، أو اجتماعياً، أو عدوانياً.

6 ـ تزويد الأبوين بتعليمات وإرشادات يفيدان منها في كيفية التفاعل مع طفلهما... الخ..

ولكن لا محيص من الإبقاء على التواصل المستمر بين الآباء والأطباء، ففي ذلك منفعة للطفل وضمان لصحته النفسية والعقلية والاجتماعية. ولعل مقابلة واحدة مع الطفل وذويه تكفي لتشخيص الحالة. ولكن قد يتطلب الأمر أحياناً أكثر من جلسة واحدة. فالأمر مرهون بمدى تعقد المشكلة وبمقدار شدتها وحدتها.

فروق مزاجية اعتيادية

خلال عقود قليلة من السنين مضت، كان كثير من المختصين بسيكولوجيا الطفل يعتقدون بأن شخصيات الأطفال تتكون في سن مبكرة بفعل تأثيرات الأسرة ومعطيات البيئة. لكن البحوث المستفيضة التي تمّ إجراؤها مذ ذاك حتى وقتنا الحالي قد برهنت على أن الطفل هو ما يعرفه عنه اليوم كل أب وكل أم: ذلك هو أن كل طفل يولد بشخصية مختلفة تماماً. فهناك مثلاً:

1 ـ طفل ممتلىء حيوية ونشاطاً،

2 ـ طفل ذاهل،

3 ـ طفل سلس القياد طيّع،

4 ـ طفل صهصاق زعّاق،

5 ـ طفل شديد الخوف،

6 ـ طفل جريء أو لا يتورع... الخ.

وحقيقة الحال هي كما ذكرت الدكتورة ساندرا سكار: Sandra Scarr، أستاذة علم النفس بجامعة فرجينيا، وهي تؤكد في بحوثها على تأثير جانبي الطبع والتطبع Nature and Nurture، كتبت تقول: (ليس الأطفال صفحة بيضاء ليكتب عليها كل واحد من الآباء ما يرغب وما يشاء. الأطفال يدخلون هذا العالم وكل واحد منهم يحمل في نسيج تكوينه مزاجه الخاص به. لذلك فكل واحد منهم يستجيب لما في بيئته حسبما تكوّن له مزاجه. لذا علينا تقع جسامة المسؤولية في أن نأخذ بأيدي أطفالنا ليبلغوا بما عندهم أقصى ما يستطيعون، ولكن يجب ألاّ نتجاهل ما عندهم من استعدادات ولدت معهم وعليها جبلوا).

كانت الدراسة العلمية للمزاج وما يترتب عليه من سلوك قد بدأت في الخمسينات من القرن العشرين هذا، حينما قام فريق من أطباء النفس مكوّن من زوج وزوجه، هما الطبيبة النفسية ستيلا شيس Stella Chess، وزوجها الطبيب النفسي الكسندر توماس Alexander Thomas، كلاهما من مدينة نيويورك New York، قاما بدراسة مبنية على فرضية يكتنفها الشك حول ما إذا كان الأبوان هما الملومين بشأن أي شيء غلط يأتيه الطفل، وكل ما يصدر عنه. إستمرت دراسة شيس وتوماس هذه لمدة ثلاثين عاماً. تابعا خلالها (130) حالة من الأطفال والمراهقين، وقد توجها فيها بعشرات الأسئلة إلى أمهات المبحوثين وآبائهم. من تلك الأسئلة مثلاً:

- هل كان أولئك الأطفال دائمي الصراخ، والضجيج؟
- هل كان أطفالهم دائمي الهدوء نسبياً؟
- هل كانوا يعانون من اضطرابات في النوم؟
- هل كانوا هادئي النوم أو الحركة؟
- هل كانوا يعزمون عن الطعام لأي سبب كان؟
- هل كانوا يقبلون على الطعام بشهية مفتوحة تنمّ عن عافية؟
- هل كانت تبدو عليهم علائم العصبية؟
- هل كانوا يستجيبون للأصوات بهدوء أو بانفعالية؟... الخ.

فما كانت النتائج التي تمخضت عنها الدراسة؟

تبين نتيجة لتلك الدراسة أن (40٪) من أولئك الأطفال الذين شملتهم الدراسة كانوا يتمتعون بطفولة هادئة نوعاً ما. فكانت استجاباتهم مُرضية، وحركاتهم متوازنة، وكل تصرفاتهم مقبولة من لدن الوالدين.

واتضح من الجهة الأخرى أن (10٪) من أولئك الأطفال البالغ عددهم (130) طفلاً، كانوا أطفالاً مشكلين، فكان أطفال نسبة الـ (10٪) هذه،

1 ـ جد متوترين،

2 ـ جد انسحابيين،

3 ـ تغلب عليهم فرط الحركة الزائدة دونما سبب،

4 ـ تلازمهم اضطرابات النوم والأكل.

ثم ماذا؟

ظهر نتيجة لتلك الدراسة أيضاً، إن (35٪) يجمعون في سلوكهم مزيجاً من سمات الفئتين السابقتين: أي أنهم كانوا

1 ـ يجمعون بين المسالمة والمشاكسة.

2 ـ يجمعون بين السلامة النسبية والاضطرابات النفسية.

أما الـ (15٪) المتبقية فإن أطفالها قد وصفوا بأنهم (بطيئون ومندفعون) Slow and Warm Up. بمعنى أنهم يحاولون الاندماج والتعرف على ما في محيطهم ولكن ببطء وبحذر ومنهم من يندفع من غير خوف ولا وجل.

ولنا أن نعرف، بعد، أن من الأمزجة ما يستعصي التعايش معها، ولكن لا بد لنا أن نظن أنها كلها انسحابية وسلبية. فهناك ما دعته شيس (بصلاح النوبة) التي تصدر عن الطفل، وهناك ما هو مزاج فظ. ولكن الأمر يتعلق بكيفية المواءمة بين مزاجي الأبوين وطفلهما.

وفيما يلي أنماط من الأمزجة وإرشادات تتعلق بكفية مجاراتها وأخذ أفضل ما فيها:

1 ـ مزاج ناشط وفعال Active:

أطفال هذا النوع مزاجهم يحتاج إلى متنفسات، ويتطلبون مجالاً وفسحة للتنفيس عن فائض الطاقة عندهم.

2 ـ مزاج متوتر Intense:

أطفال هذا النوع من الأمزجة يعبرون عما في دواخلهم بأقصى ما لديهم من قوة انفعالية: سواء كانوا في حالة سرور أم في حالة حزن وأسى، أو غضب.

3 ـ مزاج مشتت ومبعثر Distractable:

الأطفال الذين لديهم هذا النوع من المزاج تراهم منذ إبان طفولتهم يتعذر عليهم التركيز على أي شيء لأكثر من بضع ثواني. ولذا يكون واجب الآباء هنا أن يركزوا انتباه الطفل على لعبة معينة واحدة فقط. وأن يدربوه كيف يلعب بها وأن يحادثوه حولها لفترة من الوقت تناسب عمر الطفل، وهكذا يمدان في الوقت قليلاً قليلاً. هذا الإجراء من شأنه أن يعوّد الطفل على التركيز على شيء واحد في كل مرة. فهذا التدريب ناجع وناجح.

4 ـ مزاج عدم الإنتظام أو اللاانتظام Irregular:

أصحاب هذا المزاج من الأطفال يصعب التعامل معهم، فهم أطفال يتعبون الأبوين في عدم انتظامهم في أوقات النوم وأوقات تناول الطعام، وهذا الضرب من السلوك يتطلب تعويداً من جانب الأبوين. وإن التعويد هذا قد يكون متعباً بادىء الأمر لكنه سيأتي بنتائج مثمرة فيما بعد.

5 ـ مزاج سلبي Negative:

أطفال مزاجهم من هذا النوع تراهم متنرفزين، واجمين، متجهمين، لا تلوح عليهم علائم البشاشة، وتجدهم متذمرين كثيري الشكوى. فيلزم الآباء في هذه الحالة أن يعوّدوهم على المشاركة في فعاليات أقرانهم، وأن يخرجوهم من انسحابيتهم هذه بالذهاب بهم إلى أماكن المرح التي تطرد عنهم البلبلة الكاتمة.

6 ـ مزاج حساس Sensitive

أصحاب هذا الضرب من المزاج من الأطفال لديهم مستوى جد منخفض من الاحتمال لكل:

(أ) من الذوق والمذاق،

(ب) من الروائح والمشمومات،

(ج) من المنسوجات والممزوجات،

(د) من الألوان والمخلوطات،

(هـ) من الأضواء والإضاءات... الخ.

فهم حساسون ضد كل ما يثقل حواسهم أكثر مما خلقت له. لذا يصعب عليهم أن يسيطروا على ردود أفعالهم ضد ما يضايقهم. فيجدر بالآباء أن يتدرجوا في تقديم ما لا يوافق أهواء هؤلاء الأبناء: أن يقدموا ما يضايقهم من كل جديد شيئاً فشيئاً.

7 ـ مزاج هيّاب وخجول Shy:

أطفال هذا النوع من المزاج يصرخون، أو ينكمشون، أو يقاومون كل موقف جديد عليهم، إذا ما وجدوا أنفسهم أمام مواقف جديدة لم يألفوها من قبل. لذا يلزم الأبوين في هذه الحالة التمهيد لمثل هذه المواقف مقدماً، مثل قراءة كتاب يناسب عمر الطفل وفيه ما يشير إلى مثل ذلك الموقف.

8 ـ مزاج المقاومة والرفض Persistent

هؤلاء الأطفال لا يتكيفون بسهولة. فهم يجدون أن الانتقال والتنقل وتغيير الأماكن مما يشق عليهم. إنهم أطفال محدودو التفكير والعقل جداً. فهم يتمسكون بعمل فعالية واحدة ويلبثون مستمسكين بها ولا يريدون التحول عنها أبداً. لذلك فإن أطفال هذا المزاج يحتاجون إلى تدريب في كيفية التحول من فعالية إلى أخرى، ومن نشاط إلى سواه.

مراحل التطور الإعتيادية في حياة الطفل

يمر الطفل قبل ولادته وبعدها بمراحل صنفت تصنيفات شتى. فالمرحلة السابقة للولادة أطلق عليها المهتمون بالطفولة اسم المرحلة الجنينية.

لكن اهتمام المعنيين بالطفولة ينصب إهتمامهم على مرحلة ما بعد الولادة. فهم لذلك ينصحون الآباء والأمهات بأن يحتفظوا لأنفسهم بقسيمة مخطّطة ومتدرجة يسجلون عليها بشكل متصاعد مقدار ما يبلغه الطفل من نمو ونماء، من حيث الوزن ومن حيث التطور على مدى السنوات الأولى في الأقل. وهناك مختصون مرموقون وجّهوا كثيراً من عنايتهم إلى الإهتمام بالطفل والطفولة، وهم عديدون ولا حصر لهم في عصرنا الحديث. ونذكر هنا ثلاثة منهم، وبذكرهم نكتفي لعدم إتساع المجال، وإشارتنا هنا خاصة بوجهات نظرهم.

أولاً: وجهة نظر فرويد بشأن نشوء الطفولة وتطورها.

جادل فرويد بأن السنوات الخمس الأولى هي الحاسمة في حياة الطفل المقبلة وما يمكن أن تكون عليه شخصيته لاحقاً فيما بعد. لذلك فهو قد قسّم هذه المرحلة إلى:

1 ـ المرحلة الفمية Oral Phase:

وهي مرحلة الرضاعة وتمتد من الولادة إلى الشهر الثامن عشر.

2 ـ المرحلة الإستية أو الشرجية Anus Phase:

وهي تمتد من الشهر الثامن عشر إلى العام الثالث من حياة الطفل.

3 ـ المرحلة القضيبية: Phallic Phase:

وتمتد فيما بين العام الثالث والرابع من حياة الطفل.

4 ـ المرحلة الأوديبية Oedipal Phase:

وهي الفترة الواقعة فيما بين الرابعة والسادسة من العمر.

5 ـ مرحلة الكمون Latency Phase:

وهي مرحلة السن المدرسية.

6 ـ المرحلة التناسلية Genital Phase:

وتسمى أيضاً سن البلوغ ـ بالمعنى السيكولوجي ـ وهي مرحلة المراهقة.

ثانياً: وجهة نظر اريكسون

الآفاق التي دعا إليها أريكسون بصدد نمو الطفل وتطور الطفولة تركزت حول عدة محاور، أهمها:

1 ـ مرحلة الثقة مقابل الشك Trust Versus Mistrust:

وتمتد من الولادة حتى الشهر الثامن عشر من حياة الطفل. ويذهب أريكسون في رأيه هذا إلى أن الأطفال إذا ما تمت تلبية حاجاتهم النفسية والفسلجية بشكل مرضٍ، فإنهم تتولد لديهم الثقة بالعالم من حولهم، وبأنفسهم أولاً.

2 ـ مرحلة الاستقلال الذاتي مقابل الخجل والشك: Autonomy Versus Shame and Doubt:

وتمتد من عمر الشهر الثامن عشر إلى السنة الثالثة من الحياة وفيها يحاول الأطفال، أو يتم تعويدهم على السيطرة على بعض سلوكياتهم في الحياة.

3 ـ مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب Initiative Versus Guilt:

وهي مرحلة تمتد فيما بين سن الثالثة والسادسة من العمر، وفيها يحاول الأطفال، مدفوعين بدافع حب الاستطلاع، إلى المبادرة الجسمية والعقلية في كل نشاط يقومون به.

4 ـ مرحلة المهارة مقابل الإحساس بالنقص Industry Versus Inferiority:

وهي المرحلة الممتدة فيما بين سن السادسة وسن البلوغ ـ بمعناه السيكولوجي فقط ـ وفي هذه المرحلة ينمي الأطفال الثقة بقدراتهم على كيفية التعامل مع الواقع ومع ما في المحيط الخارجي.

5 ـ مرحلة هوية الذات مقابل بلبلة الدور، أو الدور المضطرب: Egoidentity Versus Role Confusion:

وهي مرحلة المراهقة، وفيها يحاول المراهقون جاهدين تنمية وتكوين هويات ذاتية خاصة بهم. فيهم ينشدون الاستقلال الذاتي عن الأبوين، فتكون لكل واحد منهم شخصيته المستقلة.

ثالثاً: وجهة نظر بياجيه

ذهب بياجيه في بحوثه الخاصة بالطفل والطفولة إلى التأكيد على النمو المعرفي Cognitive Development عند الطفل. لذلك فهو قد خص عدة مراحل متتابعة من مراحل نمو الطفل، وهذه المراحل هي:

1 ـ المرحلة الحسية ـ الحركية Sensory-Motor Stage:

وتمتد من وقت الولادة إلى سن السنة الثانية من عمر الطفل. وفيها يحتاج الطفل لنموه إلى تنبيهات تنبّه حواسه وتستهويه إلى الحركة.

2 ـ مرحلة فكر ما قبل القيام بعمليات Preoperational Thought:

وتمتد من السنة الثانية من العمر إلى غاية السنة السادسة من العمر. في هذه المرحلة يفهم الأطفال الأشياء من وجهة نظرهم الخاصة بهم، ولا يفهمون بسهولة وجهات نظر الآخرين نحوهم. في هذه المرحلة لا يفهم الأطفال إلاّ قدراً محدوداً من الحقائق، ولا يركزون في انتباههم إلاّ على شيء واحد في وقت واحد.

3 ـ مرحلة العمليات المحسوسة Concrete Operations:

وأمدها عند بياجيه من السابعة إلى الثانية عشرة من عمر الطفل.

ويستطيع الأطفال خلال هذه المرحلة العمرية التعامل مع عدة أبعاد من مشكلة معينة وفي وقت واحد؛ وفي هذه المرحلة بالذات يستطيعون التركيز على تغيرات الشيء بدلاً من التركيز على حالاته.

4 ـ مرحلة العمليات الشكلية Formal Operations Stage:

وهي مرحلة المراهقة وما بعدها من مراحل في هذه الفترة يستطيع المراهقون التفكير بشكل مجرد. إذ يغدو بإمكانهم إدراج المجردات والتعامل معها والتفكير بصورة مجردة. ويكون بمقدورهم التعامل مع المشكلات المعقدة من خلال المحاكمة العقلية ويصبحون قادرين على افتراض من الفرضيات، وعلى فهم كثير من التفسيرات والتأويلات الخاصة بحدث واحد.

هناك كثيرون، غير من ذكرنا، قد أسهموا بآراء جذابة في مجال تطور الطفولة ونموها. من هؤلاء مثلاً يمكن أن نذكر مرغريت ماهلر Margaret Mahler، التي أوجدت نظرية: الانفصال ـ التفرد Seperation-Individuation Theory. فالطفل، حسب هذه النظرية يتحرك متباعداً تدريجياً عن شبكة الخيوط التي تشده إلى أمه أيام الطفولة، ليندمج بعالمه خارج ذاته مدفوعاً إلى ذلك بدوافع حب الاستطلاع الغريزية لديه. ورويداً رويداً، يصبح حس الأمومة عنده شيئاً منفصلاً عن نفسه. وهذه الفترة تستغرق عنده من عمر الخمسة وعشرين شهراً إلى سن الثالثة من العمر. في هذه المرحلة يبدأ الطفل يتحسس ذاته متفردة ومنفصلة عن ذات الأم.

وممن أسهموا بجهد وافر في مجال دراسة الطفولة والتأكيد على أهميتها، يمكن أن نذكر جون بولبي John Bowlby، الذي كرّس جهوده لدراسة الأطفال الذين فصلوا عن أمهاتهم بسبب ظروف الحرب العالمية الثانية. أكد على أهمية التصاق الطفل بأمه خلال الأشهر الأولى والأعوام الأولى من حياتهم، لما في هذا الالتصاق بالأم والملازمة من حرارة العاطفة التي تغذي الطفل تغذية نفسية وروحية. فهو، لذلك، قد شدّد على أن الملاصقة للأم والملازمة لها أثناء السوات الأولى من حياة الطفل تخدم غرضاً جسيماً وتؤدي إلى غاية جلّى، تلك هي أنها تكوّن قاعدة أساسية للشعور بالطمأنينة النفسية والإحساس بالاستقلال الذاتي، ثم الشعور بقيمة الإنتماء الاجتماعي في ما بعد إلى من هو قادم للحياة.

ماذا يحتاج الطفل؟

العالم كله الآن في حالات تحول كبرى. وذلك يستتبع تحولاً في الوضع العائلي. وهذه التحولات وهذه التغيرات من شأنها أن تؤثر في نفسية الطفل الذي يرى والديه في سباق لاهث مع تصاريف الحياة.

ولكن حتى وإن تغيرت المعايير وتبدلت التطلعات والطموحات، فإن القيم والمثل ما برحت بما فيه إلى حد ما. من ذلك مثلاً مهما تبدل الشكل الذي تتخذه الأسرة، فإن مسؤولية الأبوين إزاء أطفالهما تبقى ثابتة في تلبية حاجات الأبناء. فللأطفال:

1 ـ حاجات فسيولوجية،

2 ـ حاجات نفسية،

3 ـ حاجات تتطلب تنمية قدراتهم،

4 ـ حاجات إكسابهم مهارات تمكنهم من مواجهة معطيات الحياة. وعلى رأس حاجات الطفل كافة تأتي حاجته إلى الحب. فالطفل يريد أن يشعر:

1 ـ بأنه محبوب،

2 ـ بأنه موضوع عناية وإهتمام،

3 ـ بأنه متميز لصغر سنه في أسرته.

4 ـ بأنه مقبول من لدن أبويه لذاته وبشكل أصيل وحميمي.

كل تلك الجوانب تعززها البحوث والدراسات. فمن ذلك مثلاً دراسة شملت (379) طفلاً من الأطفال وهم في عمر الروضة. ثم تابعتهم تلك الدراسة لمدة (36) سنة وثلاثين عاماً. كان الغرض منها معرفة تأثير الحب الأسري على قادم شخصية الطفل. تبين أن:

1 ـ التقبيل من جانب الأبوين،

2 ـ الإختضان من جانب الأبوين،

3 ـ المعاملة بعاطفة حارة،

كانت من أنجع ما ترسخ في وجدان كل من أولئك الأطفال الذين شقوا طريقهم في الحياة فيما بعد وهم على خير ما يمكن أن يكون تكيّفهم الإجتماعي في معظم الأحوال.

واتضح من تلك الدراسة أيضاً، أن الأطفال الذين كانت أمهاتهم وآباؤهم أكثر عاطفة نحوهم وأشد محبة لهم، قد استمتعوا فيما بعد بزواج مستقر، وبنجاح في الحياة، وبالمشاركة في فعاليات متنوعة في حياتهم الإجتماعية.

أما الأطفال الذين كان آباؤهم وأمهاتهم يحبونهم ولكن بشكل فاتر، فإنهم نجحوا أيضاً ولكن بمستوى أقل من أقرانهم الذين غمرتهم العواطف الوالدية: من قبل الأبوين معاً. فضلاً عن ذلك فإن أولئك الأطفال الذين عوملوا ببرود انتابتهم حالات إكتئابية، وقلة ثقة بالنفس نوعاً ما.

يحتاج الأطفال، بطبيعة الحال أموراً، فضلاً عن حاجة الحب. فهم، دون شك، يحتاجون إلى:

1 ـ الإحساس بالطمأنينة والأمان،

2 ـ الشعور بالحماية،

3 ـ الإحساس بالإنتماء إلى أسرة تحبهم وتحدب عليهم،

4 ـ مجموعة من القيم يتلقونها من سلوك الأبوين ويلزمون باتباعها.

5 ـ إحساس بحدود واضحة تأخذهم بكيفية التحكم في كل ما يصدر عنهم في مستقبل حياتهم.

6 ـ نماذج حية في الحياة يحتذونها لكي يشكلوا سلوكياتهم على وفق روعتها. ذلك لأنهم إذا لم يجدوا النماذج التي يقتدون بها، يبدأون بالبحث عن بدائل في أماكن أخرى قد لا تكون حسنة، فيتشرب الطفل خصالها فيضّل.

فالأسرة مجتمع مصغّر. وما يكتسبه الأطفال من خبرات في إطار هذه الوحدة الأسرية المنسقة، يفتح لهم آفاقاً يهتدون إليها ليتلاءم سلوكهم وليتكيفوا في نطاق النظام الإجتماعي الموسع.

ولنا أن ندرك، بعد، كم هي الأوصاب التي يعانيها الأطفال بعد أن يصبحوا كباراً، جراء اضطرابات إرتكبها الآباء واقترفتها أسرهم بحقهم حين كانوا صغاراً. تلك الاضطرابات الأسرية تترتب عليها آلام يعيشها الكبار فتتلاشى على أثرها الأحلام التي كانت تغمر الصغار.

ولهذا، فعندما تتعثر حياة الطفل لسبب أو آخر نجد طفولة مضطربة تنشأ عن ذلك التعثر. يترتب على ذلك:

1 ـ مشكلات عقلية،

2 ـ مشكلات نفسية،

3 ـ مشكلات انفعالية،

4 ـ مشكلات سلوكية جمة.

5 ـ مشكلات معقدة مصدرها كل هذه الأركان المذكورة. لذلك ينشأ الأطفال التاعسون في طفولتهم، وهم يعانون من:

- عدم القدرة على التركيز،
- تشويش دائم في الإنتظام العقلي،
- نفور من مخالطة الآخرين أو الاختلاط بهم،
- تنامي النزعة اللاإجتماعية لديهم،
- فرط الحركة اللاموجهة،
- اندفاع في الكلام غير المنطقي وغير المترابط.
- وجوم يتطور إلى اكتئاب.

كل هذه الأعراض وأخرى غيرها كثير تأتي تحت حسميات منها:

1 ـ الافتقار إلى الانتباه الطبيعي.

2 ـ فرط الحركة الزائدة لأسباب لا سوية.

وفيما يلي جدول وهو بمثابة دليل للآباء لاستخدام بعض العقاقير الطبية الملائمة لمواجهة تلك الحالات:

Methylphenidate (Ritalin) **daily dose range:** 10 to 60 mg, two to four times a day **Dextroamphetamine (Dexedrine)** **daily dose range:** 5 to 40 mg, two to four times a day **Pemoline (Cylert)** **daily dose range:** 37.5 to 112.5 mg, one or two times a day	**POTENTIAL BENEFITS** Reduced physical overactivity; less talking and disruptive behavior at school; more focused classroom behavior; greater ability to sustain attention; less distractibility; improved capacity for independent play and work; reduced anger and impulsivity; improved quality and quantity of completed schoolwork; better fine motor control and handwriting; reduced aggressive behavior—verbal and physical—and bossiness with peers; less impulsive stealing or destruction of property; reduced defiance and refusal to obey parents and teachers; better use of thinking skills and strategies **POTENTIAL SIDE EFFECTS** **Common** (usually developing early in treatment and improving with lower doses) Loss of appetite and weight; irritability; abdominal pain; headaches; heightened emotional sensitivity and crying **Less common** Insomnia; less interest in socializing; less-than-expected weight gain for normal development; anxiety; nervous habits, such as pulling hair or biting nails; increased activity and irritability as the medication wears off; a generally bad mood or impaired performance on standardized cognitive tests (with high doses) **Rare** Tics; depression; interference with normal growth; rapid heart beat; high blood pressure; compulsions or repetitive activities; Tourette's syndrome; psychotic hallucinations **MONITORING** The child's physician or psychiatrist should regularly assess height, weight, blood pressure, pulse, mood, tics, and, with pemoline, test for liver enzymes and check involuntary movements, night terrors, and licking or biting of the lips.

فلا يقف الأمر عند هذا الحد، بل تنشأ عند الأطفال اضطرابات شتى، منها مثلاً:

1 ـ اضطرابات التحدي والعناد بشكل مرضي مزعج لهم ولذويهم وللمجتمع.

2 ـ اضطرابات في السلوك والتصرف تتعلق بالأكل والنوم واتباع العادات الذميمة التي تخالف معايير الأسرة والمدرسة والمجتمع.

3 ـ اضطرابات تتعلق بالتشرد من الأسرة.

4 ـ اضطرابات تتعلق بالتهرب من المدرسة.

5 ـ اضطرابات على مخاوف Phobias كالخوف من الحيوانات والحشرات والعناكب والظلام. هذه المخاوف تكون مقبولة إذا كانت على شكل خوف طبيعي Fears. لكنها عندما تتجاوز مدياتها، وبعد أن يشبّ الأطفال عن الطوق تصبح كوابيس بالنسبة لهم ولذويهم.

5 ـ اضطرابات قلقية.

6 ـ اضطرابات اكتئابية.

7 ـ اضطرابات حصرية ـ استحواذية.

8 ـ اضطرابات تنجم عن الانجراف إلى تعاطي المخدرات.

9 ـ اضطرابات تطورية كالتأخر الدراسي، والتخلف العقلي.

10 ـ الاضطرابات الاجترارية، حيث يبدو بعض الأطفال وكأنهم يعيشون في قوقعة داخل أنفسهم.

11 ـ مشاكل انتحارية نتيجة للاضطرابات الكثيرة.

ما العلاج إذن؟

لا يكون العلاج ناجعاً وناجحاً إلاّ بعد التشخيص الدقيق في كل حالة، وكل اضطراب. ولهذا يتم التعويل في الوقت الراهن على:

1 ـ العلاج بالطب النفسي Psychiatric Treatment.

2 ـ العلاج السلوكي Behavioural Therapy.

3 ـ العلاج النفسي (السيكولوجي) Psychotherapy.

4 ـ العلاج الجماعي Group Therapy.

5 ـ العلاج بالتشاور مع الأسرة Parental Counseling.

6 ـ العلاج بالعقاقير Psychiatric Drugs.

7 ـ العلاج عن طريق دخول المستشفيات Hospitalization Treatment.

لكل من ضروب العلاج المذكورة تقنياتها التي يعرفها المختصون. فعلى الآباء الاستشارة والتعاون مع المختصين من أجل ضمان حياة خالصة من الأوباء التي أخذت تتزايد في العصر الحديث.

الفصل السادس عشر

العلاج النفسي الكلامي

- في البدء كانت الكلمة.
- قواعد العلاج النفسي.
- الطرح.
- التضافر من أجل الشفاء.
- الإمانة والسرية والكتمان.
- فعالية العلاج.
- العلاج النفسي الدينامي.
- العلاج بالتحليل النفسي.
- العلاج التفاعلي.
- العلاج الإسنادي.
- العلاج السلوكي ـ المعرفي.
- العلاج المعرفي.
- العلاج السلوكي.
- العلاج الزواجي والأسري.
- العلاج الجماعي.

في البدء كانت الكلمة

منذ عهد سحيق وموغل في القِدم، وقبل أن يكتسب المعالجون المعرفة الكافية، والمهارة الوافية، والعلاجات الناجعة من أجل علاج أو تخفيف آلام الذين كانوا بحاجة إلى ذلك، كانوا يصغون إلى الذين كانوا يقاسون من أوجاع وآلام جسمية أو مشكلات نفسية وعقلية، وكانوا جلّ ما يقومون به نحوهم هو تطمينهم في الغالب وإعادة الأمل إلى نفوسهم. ومنذ قرن من الزمان خلا، كان سيغموند فرويد sigmund freud، الذي شكلت نظرياته أساساً للعلاجات السيكولوجية والسايكايترية، قد اكتشف ما للكلمة من أثر في تخفيف تباريح الألم: اكتشف أن الكلمة المنتقاة بعناية وبلطف يمكن أن ترتاد مجاهل اللاشعور ومتاهات العقل الباطن. ومنذ أن طوّر فرويد طريقة (العلاج بالكلام) talking cure، قد تلاه بل أتت بعده أجيال من المعالجين أوجدوا أساليب مختلفة من العلاجات وحسّنوها بشكل ملحوظ وأضافوا إليها تقنيات، وكل مجهوداتهم هذه تتمحور حول أساس واحد مشترك وذلك هو: قوة الكلمة وفعالية سحرها في نفس المريض.

مصطلح العلاج النفسي psychotherapy يُشير في دلالته إلى أي نمط من أنماط الاستشارة وتبادل الحوار القائم على تبادل الكلمات في سياق العلاقة الفريدة التي تنشأ وتتطور بين المختص بالأمراض المتعلقة بالصحة النفسية وبين مريضه أو الشخص الذي جاءه يلتمس العون والمساعدة تخلصاً من مشكلة نفسية أو عقلية. وإن عملية التكلم والإصغاء يمكن أن تفضي إلى نتائج منها مثلاً:

1 ـ تبصّر جديد ينفع المعالج والمريض على حد سواء.

2 ـ تخفيف على المريض من معاناة أعراض نفسية.

3 ـ تغيير أكيد في سلوكيات مريض أو منحرف.

4 ـ والأهم من ذلك كله ينجم عن هذا الإجراء تمكين الفرد من التفاعل مع عالمه المحيط به بشكل فعّال.

توجد هناك أنواع شتى وضروب مختلفة متمايزة من أساليب العلاج النفسي. بعضها يفضّل بعضاً في كونها أكثر فعالية وأوضح نتائج من بعضها الآخر، وفعاليتها هذه تتجلى في مواقف معينة، وفي علاج مشكلات محددة، أو بالنسبة لنوع معين ونمط خاص من الأشخاص.

ومعظم المعالجين وأكثر المختصين يتم تدريبهم اليوم على أفانين مختلفة من التقنيات وضروب العلاجات النفسية، لذلك يكون بإمكانهم تخصيص أوجه علاجاتهم مما يأتي:

1 ـ لكل مشكلة على وجه الدقة.

2 ـ لكل شخصية محددة.

3 ـ لمواجهة كل حاجة من حاجات المرضى الذين يستنجدون بأولئك المختصين.

قواعد العلاج النفسي

العلاج النفسي psychotherapy يسعى إلى التأثير في كل من:

1 ـ الأفكار thougts،

2 ـ السلوك behaviour،

3 ـ الانفعالات emotions،

4 ـ الاتجاهات attitudes.

من خلال الكلام وبتأثير تقنيات سيكولوجية أخرى، بعض الناس يظنون أن هذا النوع من العلاج يجعل الأمر مختلفاً عن العلاج (البيولوجي) biological الذي يلجأ إلى استخدام علاجات طبية مصنّعة للأمراض النفسية في الطب

النفسي. ولكن ليكن معلوماً أن المستهدف هو الدماغ لا سيما المخ منه، سواء كان العلاج بطريقة التطبيب العلاجي النفسي أم بواسطة العقاقير الطبية المصنّعة. وللمرء أن يسأل: ما هو الفرق بينهما إذاً؟ الفرق هو في المنحى وفي الطريقة المتّبعة وفي الأسلوب الذي يطبق. فالهدف النهائي هو أن تجعل الشخص المستطبب يغيّر من:

1 ـ الكيفية التي يحس فيها ويشعر،

2 ـ الطريقة التي يبدأ يفكر من خلالها وفيها،

3 ـ الأسلوب الذي ينطلق يعمل على وفقه من جديد،

4 ـ المنحى الذي يتبعه مجدداً ليعود إلى حضيرة الآخرين من أبناء المجتمع بحيث يكون بمقدوره استكشاف خيارات أخرى جديدة فينتهجها،

5 ـ الكيفية التي يحصل فيها على تبصر جديد في الحياة،

6 ـ المنهجية التي يكتسب فيها مهارات جديدة تمكّنه من التعامل مع معطيات الحياة.

نجد المختصين في الطب النفسي اليوم والمهتمين بالصحة النفسية يجتهدون غاية الإجتهاد لأن يطبقوا المناهج العلاجية متوخين أقصى درجات الدقة، والاتساق، والاقتصاد في الوقت. ومنهجهم الجديد هذا يغاير تماماً ما كان عليه الموقف العلاجي في الماضي. وأياً كان الأمر، فإن أسلوب العلاج النفسي لا يمكن أن يكون، ولن يكون أبداً عبارة عن نسخة واحدة موحدة مستنسخة، كما هي الحال في مواقف العلاجات القياسية المتبعة في معالجة كثير من المشكلات الحياتية الأخرى. فما السبب؟

السبب يعود إلى أنه ما من مريضين يتشابهان لا من حيث المرض، ولا من حيث التكوين الشخصي والمزاج. أضف إلى ذلك أنك لا تجد طبيبين معالجين يتماثلان في العلم والأسلوب والفن الذي يتّبعانه. وفضلاً عن هذا كله فإن فن العلاج النفسي لمن الأهمية بمكان وأهميته هذه هي كأهمية العلم نفسه: كلاهما مهم جداً. من جهة أخرى يجدر القول بأن البحث وحده لا يمكنه تعميم الموقف أو تبيان نوعيته، وعلّة ذلك هي أن نجاح العلاج النفسي

يتوقف على عوامل لدى المريض نفسياً ليست بالملموسة، لذا يتطلب الأمر استحداث علائق وإيجاد روابط، وبناء ثقة، وترسيخ رابطة تعاون مشتركة بين المعالج والمريض.

الطرح

يطلق مصطلح الطرح في العلاج النفسي على العملية التي ينقل بها المريض مشاعره وأحاسيسه وأفكاره، التي كان قد استقاها وتشربها من ماضي خبرات، ومن سابق الشخصيات في حياته، ينقل كل ذلك إلى معالجه.

فكثير من الأفراد الخاضعين إلى عملية العلاج النفسي يسقطون project، أو يطرحون، أو ينقلون transfer إلى معالجهم:

1 ـ رغباتهم wishes،

2 ـ حاجاتهم needs،

3 ـ آمالهم hopes،

4 ـ ميولهم الرغبية tendency desires.

فهم يطرحون كل هذه العناصر طرحاً لا شعورياً على المعالج الذي يضعون فيه كل ثقتهم. هذا الطرح أو الإطِّراح لتلك المشاعر والأفكار التي كانت غاطسة في أغوار الذات إنما يعكس أنماطاً من السلوك الذي يتسبب في ما يكون عليه المريض من ضيق إنفعالي ومن كرب نفسي. وبالمقابل فإن المعالجين بدورهم، وهم بشر كسائر الناس الآخرين، يسقطون انفعالاتهم، وأفكارهم، وأمانيهم، ورغبتهم المتأتية من الماضي، فيطرحونها على المسترشدين المستعينين بهم. هذا النوع من ردة الفعل المتبادل يطلق عليه في مجالات التحليل النفسي اسم الطرح المقابل أو المضاد countertransference.

فما هي وظيفة هذا الطرح المضاد؟

وظيفته تتلخص في الآتي: خلال عملية العلاج يحاول المعالجون النفسيون جاهدين مراقبة دواخلهم من أنهم في استجاباتهم لمرضاهم لا يحاولون فرض impose قيمهم values الخاصة بهم كمعالجين، ولا يحقنون مشاكلهم ومتاعبهم وقضاياهم في نفوس أولئك الذين جاؤوهم للعلاج مستنجدين بهم.

التضافر من أجل الشفاء

العلاقة التي تنشأ بين الفرد المريض ومعالجه ـ تلك التي تسمى بالتضافر أو التعاون من أجل الشفاء therapeutic alliance، هي علاقة تسمح لهما في العمل متضافرين متعاونين كليهما توخياً للشفاء. وعلى الشخص المريض أن يستشعر الراحة التامة وأن يضع فيه ثقته وأن يتعاون معه، وأن يكون مستعداً لفهم ما يقوله له معالجه، وأن يتقبل منه كل ما يقوله من تفسيرات وما يتوصل إليه من تحليلات لتلك الأحداث الخاصة القابلة فيه وما يعتمل في داخله من سلوكيات. وبدون الثقة المتبادلة هذه لا يستطيع الشخص الإفضاء بما في دواخله من مشاعر هي سبب دائه النفسي، وأسس معاناته الانفعالية. وأنها في هذا الموقف مسؤولية المعالج أن ينمّي علاقة التعاون هذه، وأن يوجه جلّ عنايته إلى مريضه، وأن لا يستغله أبداً، لا انفعالياً، ولا مالياً، ولا في وجه من الوجوه. إنه معالج وإن مريضه جاءه يلتمس العون عنده.

الأمانة والسرية والكتمان

العلاقة بين المختصين بالعلاج النفسي ومرضاهم يجب أن تحاط بالسرية التامة وأن تقوم على أسس من الكتمان confidentiality. المعالجون ملزمون بمبادىء أخلاقية ethical principles بألا يبوحوا وألا يفشوا أية معلومات بدون موافقة الشخص المعني نفسه، وعلى المعالج أن يستحصل على موافقة مريضه أو من يعنيه أمره، إذا أراد تبادل معلومات لصالح المريض، مع أفراد أسرته

الآخرين، أو مع شركة التأمين التي يتعامل المريض معها. وإلاّ فإن رغبات المريض يجب أن تحترم كل الإحترام. فبدون موافقته الشخصية لا ينبغي البوح بأي شيء يلمح إليه من قريب أو من بعيد. بيد أن هناك استثناءات اضطرارية. فما هي؟ تلك هي في المواقف التي يكون فيها المريض خطراً على نفسه أو على الآخرين، كحالات الانتحار، أو التهديد بالاعتداء على سواه.

فعالية العلاج

كشفت الدراسات النفسية المتحرزة عن جدوى العلاج النفسي الحقيقية، وبينت مدى نجاحه في علاج كثير من الاضطرابات العقلية والنفسية. على أن قولنا هذا لا يمنع من القول في الوقت ذاته بأنه لا يمكن الجزم على وجه التحديد أي نوع من أنواع العلاج النفسي هذا أجدى من غيره، وأيها أصلح لهذا الفرد أو ذاك، وأيها أنفع لهذه المشكلة أو تلك. لهذا فإن العلاج السلوكي قد برهن على أنه عميم الجدوى وأنه صميم المنفعة في علاج مخاوف phobias محددة بعينها، لكن العلاج المساند supportive therapy أيضاً أثبت منفعته في هذا السياق. وفي كثير من الحالات اتضح أن المزج بين ضروب من العلاجات كالعقاقير الطبية النفسية medications والعلاج النفسي psychotherapy، أثبت أنه الأكثر نجاحاً في هذا الباب، والأكثر تأثيراً في هذا السياق. ولا جدال في أن إتخاذ القرار بشأن العلاج الأنجع وأي علاج يجب أن يتبع إنما يتوقف بالدرجة الأولى وفي المقام الأول على:

1 ـ الأسلوب الذي يفضّله المعالج،

2 ـ مقدار ما تراكم لدى المعالج من خبرات في مجال عمله.

ولكن لا ينتهي الأمر عند هذا الحد. ذلك لأنه يعتمد أيضاً على:

1 ـ شخصية الفرد المريض،

2 ـ ما يرى وما لا يرى،

3 ـ حاجاته ومتطلباته.

ولكل من هذه الجوانب ظروف تستدعي مراعاتها.

مدة العلاج

نظراً للإعتبارات كثيرة شتى، يحاول المرضى وشركات التأمين الحد من فترات العلاج النفسي duration of treatment يحاول المرضى وشركات التأمين الحد من فتراتها للإعتبارات المالية المكلفة. فمدة العلاج قد تستغرق وقتاً يطول أو يقصر. وضمن كل مدة معينة تأتي هناك جلسات sessions. ولأن هذه الفترات وما يتخللها من جلسات تستلزم نفقات مالية باهظة أحياناً، لذلك فإن المختصين بالعلاج النفسي راحوا يتبنون اتجاهاً، اصطلحوا على تسميته (اتجاه تحديد الزمن) أو اتجاه الزمن المحدد time-limited attitude. وهو إتجاه الهدف منه الحصول على أكبر قدر من الفائدة العلاجية للمريض ولصالحه في أقل عدد من الجلسات بصرف النظر عن المدة المستغرقة في العلاج.

في بعض الحالات المحدودة، جلسة واحدة فقط يمكن أن تأتي بنتيجة، فيأتي الفرق أثناءها واضحاً. كان المعالجون النفسانيون في الماضي ينظرون إلى أنفسهم بأنهم فاشلون في العلاج حينما لا يعود إليهم المرضى بعد الجلسة الأولى الافتتاحية. لكن الدراسات التتبعية أوضحت أن الخلل يكمن في المرضى الذين لا يتابعون علاجاتهم إلى غاياتها. قد أوضح كثير من المرضى أن الخلل لم يكن في المعالج وإنما يكمن فيهم - باعترافهم - لأنهم شغلتهم أمور دنياهم.

العلاج النفسي المقتضب يمكن أن يأتي بنتائج باهرة، خاصة مع أولئك الأفراد الذين يؤدون واجباتهم الوظيفية بكفاءة جيدة، والذين تتوفر لديهم الإرادة لتحسين أوضاعهم السلوكية. وفي حالة علاج الزمن المحدد، فإن الفرصة جد متوفرة لإحداث:

1 - تغيرات إيجابية في السلوك،

2 - لإعادة تكوين علاقات إنسانية طيّبة،

3 - لاكتساب مهارات جديدة،

4 ـ لإستعادة أفضل الإحساس بالنفس.

ولعل السؤال الذي يتبادر إلى الذهن هو: ما مقدار العلاج اللازم للشفاء؟

الجواب على سؤال كهذا أو ما شابهه يتوقف على عدة عوامل، منها:

1 ـ تكوين الفرد ومزاجه،

2 ـ نوع الاضطراب الذي يعاني منه،

3 ـ طبيعة المشكلة التي تأصلت في نفسه،

4 ـ مدى مواظبة المريض على العلاج،

5 ـ إرادة المريض فيما إذا كان يتحسس في أعماقه رغبة في الشفاء.

العلاج النفسي الدينامي

في معظم الأحيان وفي أكثر الحالات يلجأ المختصون بالطب النفسي اليوم إلى أسلوب العلاج النفسي السيكولوجي الدينامي: psychodynamic psychotherapy. فهم بهذا الاتجاه يقيّمون تقديراتهم لحالات الأفراد وأوضاعهم على فهم نفسي ـ دينامي psycho-dynamic. وهذا المنحى يأخذ في الحسبان دور خبرات الفرد المبكرة والمؤثرات اللاشعورية التي تراكمت فتفاعلت فأثّرت تأثيراً فعّالاً في تشكيل سلوكه. هذه هي (الدينامية) dynamic المتضمنة في الجانب النفسي ـ الدينامي: psycho-dynamic. وهذا هو الأسلوب الأكثر إتباعاً من جانب المختصين في الآونة الأخيرة.

تبعاً لهذا التوجه الحديث يتخذ المختصون بالعلاج لأنفسهم مسارات مقننة، منها مثلاً:

1 ـ الهدف goal:

يقضي بالتمكين من توفير أقصى قدر ممكن من التبصر الخاص

بالمشكلة، ومن ثم إحداث تغيير جذري في السلوك.

2 ـ التقنيات التي تتبع techniques:

(أ) التفاعل مع المعالج وجهاً لوجه.

(ب) استحداث روح من التعاون العلاجي.

(ج) التداعي الحر واستعادة الارتباطات المبكرة.

(د) تفسير وتوضيح ما يقوله المريض.

(هـ) التركيز على ما هو جاري الآن وهنا في هذه اللحظة.

3 ـ الجدوى الأكثر نفعاً most likely to benefit:

(أ) مع الأفراد الذين لديهم فهم أعمق للكشف عن دفين انفعالاتهم.

(ب) للأفراد الذين لديهم اضطرابات شخصية محددة.

(ج) للأفراد الذين لديهم اضطرابات شخصية دائمة، وهم الذين يحبون أن يحيطون دراية بأبعاد مرضهم من الناحيتين النفسية والاجتماعية.

3 ـ المدة اللازمة للعلاج duration:

(أ) فترة وجيزة جداً.

(ب) فترة متواصلة لمدة (25) جلسة.

(ج) فترة أطول قليلاً.

(د) مدة أطول كثيراً قد تمتد عدة سنوات.

هذا التوجه تطلق عليه أحياناً تسميات أخرى مثل:

ـ العلاج بالتبصر المُوَّجَه insight-oriented،

ـ العلاج بواسطة التحليل النفسي psychoanalytic،

ـ العلاج النفسي الارتيادي والاستكشافي: exploratory psychotherapy.

فهذا الأسلوب من شأنه أن يؤدي إلى نبش الذكريات الدفينة لدى المريض وإزاحة التراكمات عما لديه من صراعات كانت قابعة في أغوار ذاته، لكنها كانت تضايقه فتؤلمه فتؤدي إلى انحرافاته السلوكية. فهي خبرات مطمورة

في اللاوعي من المرء تحدّرت إليه من الطفولة وازدادت بمرور الأزمان وتزايد الأزمات، فراحت تعمل عملها بعد أن أخذ يحتك بالحياة بصورة مباشرة.

ماذا ينجم عن هذه الصراعات التأزمية؟

يترتب على هذه التأزمات النفسية والصراعات الذاتية أنماط من السلوك، منها:

1 ـ مشاعر ضالّة.

2 ـ تهيؤات ومخيلات شاردة.

3 ـ أعمال ملتوية قد تكون من الخطورة في غاية.

4 ـ سلوكيات عدوانية ضد الآخرين وضد المجتمع.

5 ـ رغبات منحرفة.

6 ـ تهيجات انفعالية عارمة وقد تكون أحياناً مدمّرة.

كيف يتم تفسير ذلك في ضوء العلاج النفسي ـ الدينامي؟ التفسير حسب هذا التوجه هو الآتي:

إن العوامل اللبيدية libidinal وما فيها من رغائب كامنة حبيسة تنطوي على:

1 ـ جميع الرغبات المطمورة التي تترقب الفرص لتشبع ذاتها باللذائذ التي تنشدها حسب منطقها.

2 ـ جميع النزوات المتربصة.

3 ـ اللذة المنشودة من جانب الفرد اللامبالي.

4 ـ التطلع لإرضاء همسات الذات.

5 ـ الحب ولكن بشكل مجانف لقيم الواقع.

هذه الوقائع النفسية المستمكنة في أبعد أغوار النفس البشرية، وعند المرضى بصورة أخص، يستكشفها المعالج المختص أثناء انصاته لمريضه وهو يتحدث، فيستذكر ماضي خبراته التي تزدحم في ثنايا مشاعره، فيعرب عنها متثالة.

أي شيء يستخلص المعالج؟

ينتهي المعالج إلى أن تفسيراته لتداعيات مريضه تكشف في الغالب عن أن الفرد يلجأ أحياناً إلى ما في نفسه من دفائن فيستخدم، لذلك، ميكانزمات دفاعية: defense mechanisms، أي يتذرع بطريقة ملتوية غير متكيفة maladaptive way ليتعامل مع مواقفه الصعبة هذه، مواقفه التي تتدخل بكيانه النفسي. وأكثر الميكانزمات إنتشاراً هي الآتية:

- **الكبت repression:**

وهو أساس جميع الميكانزمات ويكوّن قاعدتها الرئيسية. في الكبت تنطوي جميع بواطن الفرد ونزواته ودوافعه التهديدية، وخيالاته، وذكرياته، ومشاعره، ورغباته. هذه كلها يستبعدها الفرد فيطردها من ساحة شعوره. فهي في داخله، ويحسها، لكنه لا يريدها أن تظهر في شعوره فتصبح مكشوفة ولغيره معروفة.

- **الإنكار denial:**

ويراد بذلك عدم القدرة أو أبعادها، لكي لا يعترف الفرد بواقعه الذاتي المؤلم. لكن أثار هذا الواقع المؤذي لنفسه يلبث يعمل عمله باستمرار فيؤثر على واقع الفرد، الانفعالي في حياته.

- **التبرير rationalization:**

وهو حيلة دفاعية يعوض عن حقيقة دوافع المرء بمبررات وأسباب reasons مقبولة وطيبة.

- **الإسقاط projection:**

وهو حيلة دفاعية غايته رمي الآخرين بدفائن النفس الحقيقية: أي أن الفرد يقذف نقائصه على غيره ممن لا يحب، تخلصاً من إعتمالات تتأجج في داخل ذاته.

- **تكوين الارتكاسات reaction formation:**

وتحدث عندما يتبنى الفرد اتجاهات ويتصنع سلوكيات مخالفة لما يحسه حقاً.

• الإزاحة أو الإحلال **displacement**:

ويتمظهر في إعادة توجيه المشاعر عن غايتها الحقيقية إلى ما يعوّض عنها ويكون أكثر تقبّلاً.

• النكوص **regression**:

ويعني العودة إلى مواقف سلوكية أقل نضجاً وأقل تكيفاً مع الواقع.

• الإنشطار **splitting**:

ويراد به أن الشخص الذي يخفق في التفاعل مع المشاعر التي يتجلى فيها التناقض الوجداني ambivalent نحو الآخرين، فيتعامل مع انفعالاته المتناقضة هذه والمتصارعة بأن يصف الذين يعرفهم بأنهم أخيار طيبون كلهم، أو يسمهم بأنهم أشرار سيئون كلهم.

• التخلي **undoing**:

ويقصد به ترك سلوك معين والتخلي عنه وتسلم سلوك آخر من أجل تغيير أو تحوير النشاط أو العمل الأصلي.

• العزل أو الفصل أو الإبعاد **isolation**:

وهي محاولة تقضي بتجنب الفكرة المؤلمة أو الأحاسيس المزعجة، وذلك باتخاذ موقف مجرد منها، والنظر إليها نظرة مجردة تتسم بالتجريد.

العلاج النفسي يفضي إلى مساعدة الأشخاص المرضى للعمل باتجاه التخلص من اضطراباتهم وتحقيق ما يمكّنهم من تفادي المتاعب واكتساب طرائق تكيف تتسم بالنضج الذاتي والاجتماعي، تجعلهم أقدر على التعامل مع المواقف الضاغطة stressful situations.

ولذلك فإن الميكانزمات الآنفة الذكر قبلاً وظيفتها استبعاد العوامل غير السارة والمؤلمة، فهي لهذا السبب سارة وليست ضارة. فهي تنطوي على ما يلي:

- **التسامي sublimation:**

ويرمي إلى إعادة توجيه أية دوافع لا تعد مقبولة إلى وجهة أكثر تقبلاً من الناحية الاجتماعية: تحويل الدوافع المُنْكَرة إلى قنوات مستساغة اجتماعياً.

- **النكتة أو المزحة humor:**

ومهمتها التصدي لمشاعر الضيق والألم.

- **الإيثار أو الغيرية altruism:**

وفيه يتم تحويل المشاعر والأحاسيس السلبية عن وجهتها السلبية إلى أخرى إيجابية وبناءة.

- **السيطرة والتحكم mastery and control:**

ويتم به أن يواجه الفرد المواقف المؤلمة مباشرة ويطور في ذاته إرادته فيتصدى لهذه المواقف بحزم دون شعور بالإغراق أو الإحساس بأنه مغلوب على أمره.

العلاج بالتحليل النفسي

هذا النوع من الممارسات المألوفة عند المختصين يعوّل عليه كثيراً، ويضع لمنهجيته جملة إعتبارات، منها على سبيل المثال، وليس حصراً:

الهدف **goal**:

هو الكشف عن جوانب من شخصية الفرد وعلاقتها بصراعات الطفولة.

الأساليب والتقنيات techniques:

(أ) التداعي الحر والفرد في حالة استلقاء واسترخاء.

(ب) تكوين ضرب من ضروب العلاقة العلاجية.

(ج) عقد عدة جلسات.

(د) تأكيد على التخيلات، والطرح، وزلات اللسان.

(هـ) تفسيو أحلام المريض.

الفائدة المتحصلة most likely to benefit:

أعم جدوى تتأتى من ذلك للأشخاص الذين يمتلكون قدرة تؤهلهم لفهم ماضي تجاربهم في الحياة، وممن يستطيعون ارتياد أغوار انفعالاتهم.

المدة اللازمة للعلاج duration:

ثلاث - ست سنوات.

التحليل النفسي الكلاسيكي والتقليدي الذي كان قد بدأه فرويد، هو أسلوب معقّد complex، وعملية مطوّلة lengthprocess، مهمته التعامل مع أحاسيس ومسائل ومشاعر طمرت في طوايا اللاشعور. فهو منهج في التحليل أقل استعمالاً في التحليل النفسي الآن من الأنواع الأخرى التي تتوخى التقليل في الجلسات والتعامل مع أقرب ما في نفس الفرد من خبرات وذكريات. ورغم ذلك فإنه يبقى أحد الخيارات التي يمكن اتباعها عند الضرورة. والمنهج الفرويدي ينفع في حالات واضطرابات يعاني منها أفراد يقاسون من أوضاع مزرية فتتطلب أمورهم تحري أنماط لديهم من المتاعب تلازمهم في حياتهم، كمواجهتهم صعوبات مزمنة في كيفية تكوين علاقات إنسانية مثلاً.

يقوم التحليل النفسي في المنهج الفرويدي على حقيقة أن (الواقع النفسي psychic reality) الخاص بأحداث الطفولة: childhood events، يكون قد تعثر في تطوره ونمائه.

يعتمد الأسلوب التقليدي هذا على تقنيات فنية محددة منها التداعي -free

association، وتفسير الأحلام dream interpretation. والغرض هو من أجل إستجلاب خبرات الطفولة اللاشعورية وذكرياتها المنسية إلى ساحة الشعور. لذلك فإن الوعي بصراعات الطفولة وفهم ماضي خبراتها ـ وهو ما يعبر عنه بعصاب الطفولة ـ كل ذلك يصبح الأساس الذي ينهض عليه فهم السلوك الحاضر للفرد والتمكن من تغييره إلى الأحسن.

وخلال عملية التحليل وفق هذا المنهج يستلقي المرء على الأريكة المعدة لهذا الغرض غير ناظر إلى وجه محلله الذي يلتزم الحيادية والابتعاد عما يوحي بالتعاطف. يطلق الفرد العنان لبنات أفكاره التي تتوالى بشكل لا شعوري. وخلال عمليات التحليل هذه تحصل عملية الطرح التي يضفيها المريض على معالجه.

كان فرويد يلتقي بكل مريض من مرضاه ست مرات أو جلسات في الأسبوع الواحد. أما التحليل النفسي الآن فيتوخى التقليل من هذه الجلسات فلا تتجاوز أربع ـ خمس جلسات في الحالات القصوى في الأسبوع. وقد تقلل ولكنها تستمر فترة حسب حالة الشخص المرضية. وهذا النمط من التحليل من شأنه أن يمنح المريض فرصة بناء ثقة بمعالجه من ناحية، ومن ناحية أخرى يمكّنه من تأمل دواخل ذاته ليكون على بيّنة من واقع وضعه النفسي.

العلاج التفاعلي

هذا النوع من العلاج تم تطويره ليكون صالحاً للحالات المرضية الإكتئابية، وقد جاء نتيجة لبحوث في هذا الميدان. يركز هذا الضرب من العلاج على العلاقات الوثيقة بين المعالج ومريضه وغايته مساعدة الأفراد الذين يعانون من أزمات ومشاعر أصلها غير معروف، ولديهم حاجات معينة لا يعرفون هدفها، من أجل تحسين علاقاتهم واستجاباتهم وتنمية مهاراتهم التواصلية مع الآخرين.

ولهذا التوجه من العلاج مقاصده ومراميه وهي كالآتي:

الهدف goal:

الهدف هو رفع كفاءة الفرد وإعادة الثقة إليه بنفسه ليحسن التواصل مع غيره وليتمكّن من التفاعل إجتماعياً وتكوين لديه المهارات اللازمة لذلك.

التقنيات الفنية techniques:

(أ) إعادة التأكيد وتكراره والإسناد.

(ب) تفسير مراحل المشاعر.

(ج) التأكيد على إعادة صياغة المهارات الاجتماعية من أجل التواصل مع الآخرين.

الجدوى القصوى most likely to benefit

جدوى هذا العلاج هي:

(أ) للأفراد الذين يقاسون من إكتئاب حاد.

(ب) أولئك الذين تنقصهم مهارات التواصل مع الآخرين تواصلاً اجتماعياً.

(ج) الأفراد الذين يعانون من جزع ومن قنوط.

(د) الأفراد الذين يعانون من الضَوْر وهو الشره وعدم الشبع من أي شيء.

(هـ) للأزواج والزوجات ممن لا يحسّنون العلاقات الزوجية من الناحية الاجتماعية فيما بينهم.

المدة duration

تتراوح المدة اللازمة لذلك فيما بين اثنتي عشرة إلى ست عشرة جلسة.

هذا النوع من العلاج يختلف عن غيره من أنواع العلاجات النفسية الأخرى، وذلك بتركيزه على مشكلة النفور الإجتماعي. فالشخص الذي يعاني من ذلك تنقصه روح الاندماج مع الآخرين في المجتمع. فعدم القدرة على الاستدماج الاجتماعي يعد مشكلة كبرى لما يترتب عليها، فيما لو استحكمت، من

اضطرابات تضر بالفرد ذاته وبمجتمعه. لذلك فإن العلاقة الإسنادية supportive، العلاقة الوجدانية التعاطفية التي تتطور بين الفرد ومعالجه تعد بداية السير بأمان نحو الشفاء. فهذا العلاج ينشىء علاقة حميمية بين المعالج والمريض، ذلك لأن المعالج هنا يأخذ دوراً فعالاً أكثر مما يتخذ عادة في العلاج النفسي ـ الدينامي. فهو علاج يتركز الاهتمام فيه على ما هو هنا، وما هو قائم الآن، ويركز على العلائق الشخصية، وليس على النوازع النفسية الذاتية.

علاج العلاقات الشخصية هذا يمكن أن يكون وجيزاً قصير الأمد، ويمكن كذلك أن يكون طويل الأمد. وفيه تستخدم العقاقير مع ضروب العلاجات النفسية الأخرى. واستعمال العقاقير هنا تقتضيه حالة المريض الاكتئابية.

هناك ثلاث مراحل تتابع في علاج هذا المرض هي:

المرحلة الأولى: ومدتها تتكوّن من جلسة واحدة إلى ثلاث جلسات. وخلالها يتولى المعالج عملية جمع البيانات وتقييم الحالات.

المرحلة الثانية أو المرحلة الوسطى: كما يمكن أن تسمى وفيها يوجّه المعالجون عنايتهم إلى منطقة حقيقة المشكلة لدى الشخص المريض. والمشكلات التي يتم التصدي لها أثناء هذه المرحلة هي:

1 ـ مشكلات الزواج والطلاق،

2 ـ مشكلات التقاعد،

3 ـ مشكلات تغيير المكان المألوف وإجبار الموظفين على الانتقال القسري.

4 ـ كثرة الشكاوى والتشكي من الأمراض التي قد تكون أحياناً ذات أساس نفسي لا عضوي.

5 ـ لأولئك الذين يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية.

المرحلة الثالثة: وتمتد لمدة قد تصل إلى حوالي اثنين وثمانين أسبوعاً. وفيها يقدّم العلاج لحالات الاكتئاب لمختلف الأعمار ابتداء من المراهقة ومروراً بجميع مراحل العمر وانتهاء بالشيخوخة.

العلاج الإسنادي

ونحن نطلق هذه التسمية، يحسن بنا أن نعلم أن أي نوع من أنواع العلاج النفسي أو الإرشاد يقدّم للفرد تأكيد الثقة بذاته، والتعاطف، وإعادة التأهيل والتربية، هو الآخر علاج إسنادي.

لهذا الضرب من العلاج أساليبه أيضاً، منها:

الهدف goal:

الهدف في هذا النوع من العلاج هو الإبقاء أو إعادة أعلى مستويات العمل الوظيفي الممكن في الحياة إلى شخصية الفرد.

التقنيات الفنية techniques:

(أ) الاهتمام، إسداء النصح، إعادة التأكيد للثقة بالذات، الإيحاء المطلوب، التعزيز.

(ب) التركيز على الطرح.

(ج) اقتراح السلوكيات البديلة.

(د) تعليم مهارات اجتماعية، ومهارات ذات علاقة بالتفاعل الاجتماعي.

(هـ) العمل على حل المشكلات.

الجدوى most likely benefit:

(أ) يجدي الأشخاص الأصحاء ولكنهم يواجهون مواقف جد ضاغطة.

(ب) ينفع أولئك الذين يعانون من اضطرابات صحية محددة.

(ج) أولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة ولم يستفيدوا من العلاجات النفسية الأخرى.

المدة اللازمة duration:

في التحليل النفسي يميز المختصون بالصحة النفسية بين العلاج الذي

يوجّه إلى إحداث التغيير والعلاج الذي يساعد الفرد للتغلب على ما يواجهه مصاعب لكن هذا التميز من الناحية العملية متداخل، فلا توجد حدود فاصلة بين أنواع العلاجات.

وعلى أية حال، فإن للعلاج الإسنادي هدفاً ذلك هو إعادة توازن الأفراد والأخذ بأيديهم بإتجاه التكيف والعودة إلى سابق سلامة قدراتهم وتمكينهم من استنجاز أدق وظائفهم الحياتية. هناك من يظن أن مهمة العلاج الإسنادي هي توفير أساليب الراحة النفسية للمريض. فهذا هو ظن الكثيرين، وهو ظن ليس بالصحيح. إذ إن غاية العلاج الإسنادي لا تقتصر فقط على هذه الوظيفة، وإنما هو عملية تدخل فيها عدة مهارات مركبة ومعقدة، وتعتمد عدة تقنيات فنية علاجية كغرس الثقة بالنفس، وإعادة التربية، والإيحاء، وتبيان الحدود بين السوي واللاسوي، وتعليم المهارات الاجتماعية، وتقديم العلاجات الطبية بنوعيها: النفسية والجسمية.

قد يبدو من تناقض القول أن العلاج الإسنادي يقدم للأصحاء وغير الأسوياء على حد سواء. لكن واقع الأمر لا ينطوي على أي تناقض بهذا الخصوص. فالأصحاء الأسوياء كثيراً ما تمر بهم أوقات عصيبة فيفقدون السيطرة على أنفسهم وتتناقص قابلياتهم فلا يعودون قادرين على أداء مهامهم كما ينبغي. لذلك فإن العلاج الإسنادي يمكن أن يسدي إليهم خدمات جلّى. وبالنسبة للمرضى فإن العلاج الإسنادي يمكن أن يعيدهم إلى سابق عافيتهم قبل أن يهجم عليهم المرض.

وما أكثر ما أعان العلاج الإسنادي أولئك الذين يقاسون من أمراض مزمنة حادة.

أثبت العلاج الإسنادي جدواه مع أولئك المرضى ولكثير منهم، ممن يعانون من أمراض طبية جسمية عضوية كأمراض القرحة ulcer والسرطان cancer. من هنا تتأتى أهمية العلاج الإسنادي supportive therapy.

العلاج السلوكي ــــ المعرفي

هذا المنحى في العلاج وان يقدم عادة وكأنه في ظاهره مترابط، إلا أنه في حقيقته منفصل الواحد عن الآخر. فهو يقدم متصلاً، لا منفصلاً، لأن معظم المختصين يفضلون تطبيق كلا الجانبين متلازمين في العلاج cognitive-behaviord therapy.

وفيما يلي سنتناول الركنين منفصلين.

العلاج المعرفي

الهدف goal:

التعرف على التفكير المضطر وتغييره.

التقنيات المستخدمة techniques:

(أ) تحري وتقصي ما يجري في تفكير الفرد وتحديد اتجاهاته.

(ب) التعرف على ما لدى الفرد من أنماط فكرية سلبية.

(ج) إعادة التربية لتغيير نمط التفكير لديه.

(د) غربلة أنماط التعرية.

(هـ) إعطاء المريض واجبات بيتية لإنجازها بقصد التعرّف على مدى تقدّمه وكفاءته.

الجدوى most likely to benefit:

أجدى نفع يكون للأفراد الذين يعانون من اكتئاب حاد، وقلق، واضطرابات نفسية أخرى؛ بالإضافة لإضطرابات الطعام، والاضطرابات الناتجة عن تعاطي الكحوليات والمخدرات.

المدة اللازمة duration:

تتراوح لفترة ما بين خمس عشر إلى خمس وعشر جلسة. فهي إذن، فترة وجيزة.

هدف هذا التوجه من العلاج الذي يركز الاهتمام فيه على ضروب التفكير غير السليمة والتخيلات غير القديمة وعلى الاعتقادات الذاتية الملتوية: فهو علاج يرمي إلى إخراج أصحابه من طريقة التفكير المشوهة.

فهو علاج يأخذ في الحسبان أن كل فرد إنما هو فريد في تكوينه، وله نمط تفكير خاص به يعتمل في عقله يسمى تكوين معرفي cognitive structure، أو رسيمة معرفية cognitive schema خاصة بذلك الفرد. ومن شأن التكوين الفريد هذا، أو الرسيمة الخاصة هذه أن تتفاعل مع عوامل بيولوجية، وعوامل اجتماعية، فتدخل في صميم علاقات الفرد مع غيره، الأمر الذي يترتب عليه سوء تكيف يزداد باستطراد تحت وطأة الضغوط النفسية.

العلاج المعرفي هذا، الذي طوره الدكتور آرون بيك Aaron Beck وزملاؤه قد أثبت فعاليته بشكل خاص مع الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب.

وجد بيك أن لدى الأشخاص الاكتئابيين ثلاثة أنماط من التفكير رئيسية، أسماها الثلاثي المعرفي cognitive triad، هي:

1 ـ فكرة سلبية عن أنفسهم،

2 ـ فكرة سلبية وتفسير سلبي لخبراتهم الماضية،

3 ـ فكرة سلبية ضد المستقبل.

أثناء جلسات العلاج يبدأ الأفراد يتعلمون كيفية التعرف على طرائق تفكيرهم المُعْوَج الذي يؤدي بهم إلى تكوين اتجاهات سلبية negative attitudes. وأكثر الاتجاهات السلبية هذه انتشاراً الآتية:

1 ـ التفكير الأحادي all-or-nothing thinking، المتطرف:

وهو نوع من التفكير يحيل الفرد لا يرى إلاّ من زاوية التطرف. فمثلاً، إذا حصل الفرد صاحب هذا النمط من التفكير على جنيهين من المال ظن نفسه ثرياً فلا حاجة به بعد ذلك، كما يظن، إلى الجد: أي تفتر همته وتضعف إرادته.

2 ـ المبالغة أو التضئيل magnifying or minimizing:

وصاحب هذا الطراز من التفكير تجده يضخم الحدث إلى حد التهويل، أو أنه يقلل من شأن ذلك الحدث إلى حد أنه ينفي عنه صفة أية أهمية إطلاقاً.

المبالغة الكبرى overgeneralization أو التعميم الفارط:

وهو تفكير يتجاوز فيه صاحبه أن يغالي إلى أبعد الحدود مقيّماً رأيه على حدث واحد صغير.

4 ـ الاستنتاج المبستر الإعتباطي arbitrary inference:

وهو استنتاج يستخلص صاحبه استنتاجات خاطئة من خبرة مرّ بها.

5 ـ التجريد الانتقائي selective abstraction:

وفيه يقيّم الأفراد وجهات نظرهم عن أنفسهم أو عن موقف محدد بعينه على تفصيلات سلبية استقوها اعتباطاً من نص يحتمل أكثر من وجه.

6 ـ التجرد الشخصي personalization:

وفيه ينظر الأفراد إلى الأحداث وكأنها لا تعنيهم، وكأنها لا علاقة لها بهم أو كأنها لن تلقي عليهم بظلالها.

7 ـ الأفكار الآلية automatic thoughts:

وهي أفكار تقدح في أذهان أصحابها على شكل عبارات تلقائية سلبية، تمر بخواطرهم على مستوى الشعور. وقد توجه تلقائياً إلى الآخرين كقول أحدهم لشخص آخر، مثلاً، (أنت أحمق)، (إنك غبي ولا تصلح لشيء)، (متى تتعلم لتعمل الأشياء صحيحة!). لذا نجد العلاج المعرفي يساعد الآخرين الذين هم بحاجة إلى المساعدة لإعادة بناء مثل هذا التفكير السلبي. وذلك بتعويد الفرد على التمرن على كيفية الرؤية الجديدة إلى موقفه وكيف يتجاوز هذه السلبيات. فهي استراتيجية تمكنه من إعادة النظر بدوره في الحياة وفي علاقاته الاجتماعية.

ويكون العلاج المعرفي مختصراً من حيث عدد جلساته التي تتراوح بين عشر إلى عشرين جلسة، وتكون جلسات محكمة التقنين ومتقنة البناء. والتركيز خلال الجلسات يكون موجهاً بالدرجة الأولى على حل المشكلة problem-solving: ومن حيث الزمن يكون التأكيد منصباً على مبدأ: هنا ـ الآن.

العلاج السلوكي:

الهدف goal:

إحلال سلوك جديد مقبول أكثر صحة وسوية بدلاً من سلوك سيء التكيف.

التقنيات الفنية techniques:

(أ) تبديل السلوك.
(ب) تبديد منتظم للحساسية السيئة المتحكمة.
(ج) التدريب على الاسترخاء وعلى اكتساب مهارات.
(د) تقريب اجتماعية الفرد من المجتمع بشكل متدرج.
(هـ) النمذجة وتقديم النموذج الذي يجب أن يحتذى به.
(و) الاهتمام بترتيب النوايا المتصارعة.

الجدوى most likely to benefit:

(أ) للأفراد الذين يريد استبدال عادات ضارة بأخرى سارة.
(ب) للأفراد الذين يعانون من اضطرابات كالخُواف المفزع.
(ج) للأفراد الذين يواجهون صعوبة التخلص من إدمان المسكرات والمخدرات، واضطرابات الأكل.

المدة اللازمة للعلاج duration:

تكون فترة العلاج قصيرة عادة. فهي لا تتجاوز أكثر من خمس وعشرين جلسة في الغالب.

العلاج السلوكي لا يركز اهتمامه عادة على ما يقوله الأفراد المرضى، وإنما يركّز الإنتباه فيه على ما يقوم به الفرد وما يعمله. فهو علاج يستند إلى الفرضية التي تقول أن الأعراض النفسية المؤلمة والمحزنة تؤثر في السلوك، فهي لهذا السبب تمثّل استجابات مكتسبة ولذلك يمكن تحويرها أو تغييرها، وبالتالي تفكيكها وإزالتها. بعض المعالجين يعتقدون بأن التغيير في السلوك يستتلي تغييراً في طريقة التفكير والشعور والإحساس. فهم لذلك يقولون: (غيّر السلوك، فإن التفكير والمشاعر والأحاسيس تتغيّر تبعاً لذلك).

والتقنيات الأساسية في العلاج السلوكي تتضمن:

1 ـ تحوير السلوك وتطويره إلى الأفضل،

2 ـ تفكيك منتظم لهواجس الحساسية،

3 ـ التدريب على الاسترخاء،

4 ـ التشجيع والتدريب على مواجهة الواقع،

5 ـ الإغراق flooding، وفيه يتم تعريض الفرد إلى أي موقف يخافه أو يتهيب منه أو يخشاه.

6 ـ تقديم النماذج المحبّبة إلى نفس المريض.

7 ـ التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية التي تمكّن المرض من تكوين وبناء علاقات ترضي طموح المريض.

8 ـ التشجيع والتدريب على تلقّف السلوك الذي يريد المريض التعلق به، وهو السلوك البديل ليحل محل السلوك الذي كان مسيطراً على الفرد المريض.

الطب السلوكي behavioural medicine يستعمل تقنيات العلاج السلوكي لتخفيف المشكلات الطبية مثل:

1 ـ التوتر العالي hypertension.

2 ـ الأرق insomania.

3 ـ الآلام المزمنة chronic pains.

العلاج الزواجي والأسري

لهذا النوع من العلاج أيضاً خطواته العلمية وهي كالتالي:

الهدف goal:

(أ) تغيير العلاقات الزوجية إلى الأحسن.

(ب) تحسين حسن التحادث والتواصل بين الزوجين وسائر أفراد الأسرة إلى الأفضل.

(ج) تعليم الزوجين وبقية أفراد الأسرة أسلم السبل لحل خلافاتهم والتغلب على صراعاتهم conflicts.

التقنيات الفنية technics:

(أ) العلاج الإسنادي.

(ب) العلاج السلوكي ـ التعرفي.

(ج) العلاج السيكو ـ دينامي.

(د) العلاج بأسلوب المواجهة: وجهاً لوجه.

الجدوى most likely to benfit:

ينفع هذا النوع من العلاج أكثر ما ينفع:

(أ) الزوجين اللذين يرغبان في تغيير اتجاهاتهما نحو بعضهما إلى الأفضل.

(ب) يجدي نفعاً لأفراد الأسرة الذين يرغبون فعلاً في التفاعل الأمثل فيما بينهم.

(ج) يجدي الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نفسية ومشكلات إنفعالية.

المدة اللازمة للعلاج duration:

تتراوح الفترة اللازمة للعلاج في تلك الحالات كافة بين عدة أسابيع وتمتد إلى عدة أشهر.

في حالة العلاج الفردي، يكون الفرد هو محور العلاج. **أما في** حالة العلاج هنا، فإن الوحدة unit الواحدة، أو الزوجين، أو طالبي الزواج، أو الأسرة، هي المحور الأساسي في العلاج. وليكن معلوماً أن أساليب العلاج في مثل هذه الأحوال لا تكون مقيّدة بنظام بعينه. ذلك أن المختصين بالطب النفسي يفضلون اللجوء إلى مزيج من التقنيات لضمان الحصول على أضمن النتائج المرتجاة. والأمر، بعد، يتوقف على طبيعة المشكلات، وخصائص الحاجات.

وإن كان بعض المختصين يعملون في مجالي الطب النفسي الفردي والأسري، بيد أن معظمهم يفضل الإنكباب على علاج النوع الأخير.

فما هي مؤهلات العاملين في هذا المجال؟

المختصون بالعلاج الزواجي والأسري، يمكن أن يكونوا:

1 ـ مختصين بالطب النفسي،

2 ـ مختصين بعلم النفس،

3 ـ عاملين في الحقل الاجتماعي،

4 ـ متدربين في مجال التمريض، .

هؤلاء جميعاً يكونون في الأقل حاصلين على الشهادات الجامعية الأولية مضافاً إليها في الأقل فترة تدريب مكثفة تحت إشراف، أساتذة متمرسين في هذا المجال الخاص بحل المشكلات الاجتماعية المبنية على أسس نفسية.

والموقف بالنسبة للزوجين المختلفين وأفراد الأسرة المضطربة كالموقف بالنسبة للفرد. فأنت لا تستطيع أن تخمّن بالنسبة للفرد متى تستدعي حالته الحرجة ضرورة الإسراع بالعلاج للتخلص من أعراضه النفسية، فكذلك الحال بالنسبة للزوجين ولأفراد الأسرة الواحدة، لا يمكن المرء أن يتنبّأ على وجه التأكيد متى تتطلب حالاتهم وجوب الإسراع لطلب العون النفسي للتغلب على أوصابهم. ولكن مهما كانت بدايات الخلافات تافهة trivial، فلا مناص للزوجين ولأفراد الأسرة من الإسراع لتلافي الموقف ورتق الخرق. وهذا

الإجراء من شأنه أن يعود بالنفع العميم على كل من الأسرة وأطفالها قبل استفحال الحال، فتترتب عليه نتائج وخيمة تتصدع الأسرة من جرائها ويتشرد الأطفال من ورائها.

إن مناقشة مستفيضة لنظم النظرية الخاصة بعلاج الأزواج وأفراد العلاقات، لهو أمر يتجاوز نطاق حدود هذا الكتاب، غير أن بحث الأصول الأساسية والتعرف عليها في هذا السياق، لهي ذات أهمية للعاملين في حقل علاج المجالات الزوجية والأسرية.

وأهم هذه الأصول والأسس:

1 ـ السياق context:

من المعروف، حسب منطلق نظرية النظم النفسية، فإن أي مشكلة نفسية، أو أية اضطرابات نفسية، تصيب الفرد في الأسرة، ينسحب تأثيرها السلبي على سائر الأفراد الآخرين في تلك الأسرة ككل. فعندما يكتئب الزوج مثلاً، فإن زوجته تحاول إبهاجه وطرد شبح الكآبة عن مخيلته. لكنه بدلاً من شكرها على صنيعها معه، وبحكم خضوعه للمرض، يروح ينهرها ويصرخ في وجهها، الأمر الذي يفضي إما إلى مرضها هي الأخرى أو النفور من تصرفاته، فتتأزم العلاقات الأسرية بكاملها؛ مما يستدعي تدخلاً علاجياً من نوع ما.

2 ـ التفاعل interaction:

تؤكد نظرية النظم النفسية، في التحليل النفسي، على الحبكة الوثيقة بين كل من:

(أ) العوامل البيولوجية biological factors،

(ب) العوامل النفسية psychological factors،

(ج) العوامل الاجتماعية social factors،

(د) أنماط التفاعلات الأسرية family transaction factors،

فهذه التفاعلات ما يتخللها من عمليات كلها تستوجب مزيداً من الانتباه والاهتمام.

3 ـ **المواءمة fit:**

بحسب منظور النظرية الخاصة بالنظم النفسية، فإن السلوك لا ينظر إليه أنه سوي أو غير سوي، وإنما ينظر إليه في ضوء انسجامه مع معطيات أسرته وفي مواءمته لمعايير بيئته.

4 ـ **السبب causality:**

نظرية النظم النفسية لا تنظر نظرة طولية خطية. ولا تأخذ في الحسبان مجرد مسألة بسيطة فتعدها هي أساس الداء وأس البلاء. بل هي تُنْظَر من منظور نفسي متكامل فتضع في اعتبارها مختلف العمليات التي تمخضت عن المشكلات.

5 ـ **الموقف الثلاثي triangulation:**

تبعاً لنظرية النظم النفسية، فإن الأمر يستلزم النظر إلى ثلاثة أبعاد، هي ثلاثية في محور الأسرة:

(أ) بعد الأب،

(ب) بعد الأم،

(ج) بعد الطفل.

فأي خلل في هذه المعادلة ذات الأبعاد الثلاثة يصيب بقية الأطراف في الأسرة.

6 ـ **التكيف adaptibility:**

في حالة تقييم الوضع الأسري، فإن المختصين بشؤونها يأخذون في الحسبان جملة متصاحبات، وأهمها هو عنصر التكيف الذي يظهر في سلوك أي من أفراد تلك الأسرة.

7 ـ **التماسك cohesion:**

في هذا النوع من النظام الأسري، ينظر عادة إلى مقدار التقارب والترابط

بين أفراد الأسرة، أو ينظر فيه إلى مدى التباعد بين أفرادها. فالتماسك هو المعيار وهو المحك كما يقال في علم النفس. فنظرية النظم تركز على عدة محاور تهم الزوجين ومشكلات الزواج والأسرة. ومن بين المشكلات التي يتم إيلاءها أهمية خاصة في العلاج هي المشكلة التي يطلق عليها حسب هذا التوجه، مشكلة التركيز على الطفل ـ الأسرة. فهي مشكلة خاصة محورها الطفل ـ العائلة. child-centred problem، حيث يكون الطفل هو المحور في العلاج. وهو لب المشكلة كلها، لكنه لا ينظر إليه بمعزل عن الوضع الذي تكون عليه الأسرة كلها. وهذا من شأنه أن يجعل الأسرة هي الأخرى تحت مجهر العلاج. وما أن يبدأ الاهتمام بهذه المسألة، حتى يتحول إلى الزواج وما فيه من مشكلات.

وأهم التوجهات في هذا المنحى هي:

- **علاج الأسرة التكويني structural family therapy:**

ويتم التركيز فيه على تنظيم الأسرة ونظامها وكيانها واستمرار تماسكها.

- **العلاج الاستراتيجي والتنظيمي للأسرة strategic or systemic family therapy:**

وفيه ينظر إلى مشكلة الأسرة بأنها عرض وأنها استجابة. لكن هذه الأعراض وهذه الاستجابات تكمن وراءها مشكلات. فهي، إذن، مشكلات تستوجب العلاج العاجل والحل العملي.

العلاج السلوكي للأسرة behavioural family therapy:

وينظر هذا النمط من العلاج إلى المشكلة السلوكية بأنها جاءت نتيجة للتعزيز الذي مرّت به الأسرة من خلال عمليات التقصير في الانتباه وحجب المكافآت المناسبة في إطار حدود الأسرة. وهدفه تغيير السلوك إلى الأفضل.

العلاج النفسي ـ التربوي للأسرة psychoeducational therapy:

ينظر في هذا العلاج إلى المشكلات في إطار الضغوط النفسية stress

والتحديات التي تواجه التكيف السلوكي في الحياة.

العلاج السيكو ـ دينامي للأسرة psycho-dynamic therapy:

وهو العلاج الذي يطبّق في علاج الأسرة المنحى السيكولوجي ـ الدينامي بالإضافة إلى نظريات النظم system theories.

علاج النظام المتعدد الأجيال للأسرة multigenerational family therapy:

في هذا العلاج يتم التركيز على النظرة الآتية: كيف أن الأنماط الحاضرة للأسرة تعيد صورة الماضي. فهو علاج يؤكد على علاج الأسرة في حاضرها على ضوء ماضيها، ولا يركز على حل الصراعات الكثيرة المتراكمة، كما هي الحال في العلاج السيكو ـ دينامي.

العلاج التجريبي للأسرة experimental family therapy:

وهو علاج ينظر إلى ما يظهر في الأسرة من أعراض مرضية بأنها أعراض عملية تجريبية وهي برسالة عملية تنبىء عن وجود مشكلة قائمة في نفوس أفراد الأسرة.

العلاج الجماعي

هناك أنماط متعددة الأوجه لهذا النوع من العلاج منها:

1 ـ لعب الدور role-playing،

2 ـ المحادثة الحرة والكلام المفتوح free conversation،

3 ـ التمارين الحساسة sensitivity exercises.

لهذا العلاج أيضاً إجراءاته وهي:

الهدف goal:

ويهدف إلى تغيير طرق التفاعل مع الآخر.

التقنيات الفنية techniques:

(أ) علاج إسنادي،

(ب) علاج سلوكي ـ معرفي،

(ج) علاج سيكو ـ دينامي،

(د) علاج تحليلي.

الجدوى المجتناة most likely to benefit:

(أ) الأفراد الذي يعانون من اضطرابات نفسية متشابهة.

(ب) المراهقون.

(ج) المرضى الراقدون في المصحات العقلية.

(د) أسر المرضى والأفراد الذين يقاسون من مشكلات.

المدة duration:

فترة قصيرة إلى أمد طويل.

الجماعات groups بأنواعها الأولية والثانوية والتي يعاني أفرادها من:

1 ـ إدمان الكحول،

2 ـ إدمان المخدرات،

3 ـ القلق الاجتماعي،

4 ـ أمراض مزمنة.

بإمكان هؤلاء كافة الاستفادة من العلاج الذي ينظّم أساساً لهذا الغرض. ويمكن أن تطبق فيه جميع أنواع العلاجات التي ألمحنا منها في سياق هذا الفصل، وفي الفصول السابقة.

يسعى هذا النوع من العلاج إلى التخفيف من معاناة الجماعة الخاضعة للعلاج، كما هي الحال الرامية إلى تخفيف معاناة الأفراد. ومن الأهداف المتوخاة:

1 ـ تقبّل الذات،

2 ـ فهم الذات،

3 ـ تغيير السلوك الكارب الذي يُغِمُّ صاحبه.

في هذا التوجه من العلاج، يتولى المعالج تنظيم كل جلسة خاصة بالجماعة، ويرتب التمرينات المتعلقة، بكل مجموعة، ويبين القواعد المحددة التي يتبعها أفراد المجموعة ضمن أهداف الجماعة، ويذلل الصعوبات أمام الجماعة وهي تخضع للعلاج، ويقدم خلاصة بكل ما يتعلق بأفراد الجماعة.

من منافع العلاج الجماعي أن كل عضو فيها، وهو يراقب حركات وإيماءات وتبصرات الأعضاء الآخرين ضمن المجموعة، يستذكر النقاط والمعميات التي كانت خافية عليه وقابعة في أبعد أغوار نفسه. فهو يراقب ويلاحظ كل جانب من جوانب السلوك الذي يظهر له في تصرفات زملائه، وهي تصرفات يوجد لديه مثلها ولكنه كان قد نسيها لأنها طمرت في أبعد أعماق ذاته.

وقد اعتمد المختصون بعلاج الجماعة عدة عوامل علاجية من شأنها أن تحسّن أوضاع الأفراد ضمن الجماعة، وهذه العوامل تتضمن:

1 ـ الإنفتاح النفسي على الآخرين self disclosure.

2 ـ التبصّر واكتساب المعرفة insight and information.

3 ـ التماسك بين أفراد الجماعة cohesiveness.

4 ـ عبر دروس تعليمية في كيفية الاندماج lessons in relating to others.

5 ـ التعلم الاجتماعي social learning.

6 ـ التطهير catharsis، وفيه يتم التنفيس عما هو في النفس حبيس، والاعتراف أمام الآخرين بالنزوات المكبوتة التي تفسد على الفرد حياته.

كذلك يتبنى المعالجون النفسانيون أساليب علاجية أخرى، منها مثلاً العلاجات التعبيرية expressive أو ما يطلق عليها أحياناً العلاجات الإبداعية creative treatements، بضمنها:

1 ـ الفن،

2 ـ الموسيقى،

3 ـ المسرحيات،

4 ـ الشعر،

5 ـ الرقص،

6 ـ الرسم،

فهذه كلها عناصر تعبّر عما هو محتبس في قوقعة النفس، لكنه شيء حبيس ويغلي كالمرجل. ومن شأن هذه العناصر إطلاق الطاقات وهذه بدورها تخفّف كثيراً من مطمور المعضلات.

وبعد، فعلى المريض أن يسأل نفسه: هل أجداه العلاج شيئاً؟

فإذا شعر الفرد بأن النتائج إيجابية فهذا هو الهدف المرجو من علاجه. وإذا أحس بأن هناك في ذاته مقاومة قائمة للعلاج، فعليه أن يستمع إلى جملة أسئلة لتقييم وضعه العلاجي، ومن هذه الأسئلة:

1 ـ هل كان لديك هدف واضح من العلاج؟

2 ـ هل عرف المعالج ما تريد وما تتوقع؟

3 ـ هل كنت صريحاً تماماً حول أحاسيسك، ومشاعرك، وسلوكك؟

- هل أصغيت إلى كل ملاحظات معالجك وطبّقتها بحذافيرها؟
- هل قدّمت اقتراحات فيما يتصل بطرائق علاجك؟
- هل كان معالجك متعاطف معك ومتفهّم لمشاكلك، أم أنه كان حيادياً وناقداً لك؟
- هل شعرت بأنك كنت تُعامل باحترام وبتقبّل؟
- هل كانت أفكارك يتم التصدي لها بشكل بنّاء؟
- هل كان معالجك حاضراً عند الحاجة ويمكن الاعتماد عليه؟
- هل ألغيت بعض مواعيدك بشكل اعتباطي؟

• هل كان الرد على نداءاتك الهاتفية في الوقت المناسب؟

هذا النوع من الأسئلة ينبغي أن تناقشه مع معالجك. ففي مناقشة هذه الأسئلة فائدة لك كبرى. ذلك لأنك ستجد مقدار ما هنالك من تفاعل بينك وبين معالجك. وأي فجوة يمكن أن يرأب صدعها وكل ذلك من أجلك.

إن عملية إنهاء العلاج وانتهائه هي عملية في غاية الأهمية، بل هي عملية فريدة. وذلك لأن الأفراد الذين ألزموا أنفسهم بعدد من الجلسات العلاجية يريدون أن يعرفوا متى سينتهي علاجهم.

ففي هذه الحالة يعمد المعالجون إلى تكريس مزيد من وقتهم لضمان تحقيق أكبر جدوى ممكنة للمريض.

وكلما أحس الفرد المريض بمقدار تحسّنه وبقرب انتهاء فترة علاجه، شعر بالنشوة وهذه تعد من العوامل العلاجية المساعدة في العلاج النفسي.

في العلاج النفسي، كما هي الحال في باقي العلاقات الإنسانية، لا يعدّ إنهاء العلاج بالضرورة الانتهاء إلى الأبد. فبعض أنواع العلاجات المقتضبة قد يضطر أفرادها إلى معاودة العلاج تارة أخرى. فظروف الحياة عاتية، لذا لا مناص من علاج أنسب.

الفصل السابع عشر

عندما يمرض نفسيّاً شخص تحبه

- أنماط من الأمراض
- أين يكمن الخطأ؟
- كيفية مواجهة المرض العقلي داخل الأسرة.
- ما العمل عندما يمرض أحد الزوجين في الأسرة؟
- ما العمل عندما يمرض أحد الزوجين ولديه أطفال صغار؟
- ما العمل عندما يمرض نفسياً الطفل اليافع؟
- ما العمل عندما يمرض المراهق في الأسرة؟
- ما العمل عندما يمرض أحد الأقرباء؟
- ما العمل عندما يمرض نفسياً أحد أبويك المعمّرين؟
- ما الذي يترتب عليك أنت أن تفعله؟

أنـماط مـن الأمـراض

كثيراً ما تستجدّ في الحياة مواقف يجد المرء فيها نفسه مأخوذاً بحوافيها محتاراً. فهذه مثلاً أم لعدة أطفال، كلها نشاط وحيوية، فإذا بها فجأة طريحة الفراش، ولا تزايله، تشكو من أعراض نفسية وعقلية لا تدريها.

وهذا مراهق أخذت تظهر عليه علامات هلوسة، فيتحدث عن أصوات يسمعها وحده: أصوات يدّعي أنها تسخر منه وتهزأ بما يعمل.

وهذا زوج، وهو رب أسرة، كان قبل الآن يهتم بأسرته، فإذا به يبكّر في العودة عمله يوماً بعد يوم، يغرق نفسه في تعاطي الشراب فيدمنه.

وهذه فتاة تراها تذرف الدموع، وعلتها أنها وجدت نفسها وسط موجات عارمة من القلق الكابت: موجات تتقاذفها، فلم تعد قادرة على إنجاز أعمالها، أو قيادة سيارتها، بل أصبحت يستعصي عليها مغادرة منزلها.

ولعلك تجد صديقاً لك تحبه، وتعرف عنه جيداً أنه يتهيب من الخوض حتى في الماء الضحضاح، فإذا به بغتة يترك عمله ويفاجئك بأنه سيقتني بكل مدخراته قارباً ليبحر به عبر المحيط الأطلسي.

فماذا يوحي لك كل هذه الحالات؟

لا شك أنك حين تلاحظ أناساً وهم في الحالات الموصوفة آنفاً، تحس في قرارة نفسك بالمرارة من أجلهم، وتستشعر الأسى، ومن ثم تتمنى لهم الشفاء العاجل ليعودوا أسوياء كما كانوا. ولكنك لا تدري متى سيتم لهم الشفاء المرتجى. ذلك لأنك تعرف أن ثمة شيىء ما يتمثل فيه الغلط قد أصابهم، لكنك لا تعلم ما هو. وأنك ترغب صادقاً في مد يد العون لهم،

ولكنك لا تعلم كيف. أليس هذا الأمر يبعث الحيرة في النفس؟ فهناك من بين كل أربع عائلات عائلة واحدة تعاني أمراضاً نفسية أو عقلية أو من المرضين معاً، فهذا ما كشفت عنه الإحصاءات التي أجريت في بعض المجتمعات.

فما أن تدرك أن شخصاً تحبه يعاني من مرض عقلي أو نفسي، حتى يدبَّ في نفسك الأسى ألماً عليه. فهذه مثلاً أم تقول، بعد أن انهارت ابنتها في المدرسة، تحت وطأة المعاناة الذهانية: (ما أفظع الصدمة حين تسمع الأم عبر الهاتف أن ابنتها ليست بين زميلاتها وصديقاتها تمرح مثلهن في ملاعب المدرسة. وفي اللحظة التي يسمع فيها الفرد ذلك فلا يعود يعرف ماذا وراء ذلك الخبر المباغت. فلا يعود يدري أين هو أو ما عساه أين يفعل).

وأياً كانت الظروف الطارئة، فليكن معلوماً أن الأمور تبدأ تتغير، وأجواء الأسرة كلها تأخذ بالقتامة. فالأمر كما عبّر عنه أحد المعالجين النفسانيين: (فما من شيء في هذه الحياة ثابت. إذا إن الحياة تغير من أوضاعها كل حين).

كل من يلازم فرداً يعاني من علة نفسية كانت أو عقلية، سواء كان المريض زوجاً أو زوجة، أو أحد الأبناء، أو من الأقرباء، أو من الآباء المعمّرين أو الأجداد السابقين، كل أولئك يدركون أن ما يطرأ على جو الأسرة من تغيرات جراء المرض، يؤثر تأثيراً مباشراً على كل فرد فيها، فيكون هذا التأثير أسوأ في حياتهم الانفعالية والعاطفية. وكل واحد في المحيط العائلي يروح يتطلع إلى اليوم الذي ستعود فيه الأمور إلى سابق عهدها الطبيعي، ويستعجلون الوقت الذي سيتماثل فيه مريضهم إلى الشفاء، وتسمع كل واحد في الأسرة يتساءل: كيف سيكون شكل المستقبل؟

هناك من الناس من يظنون أنهم بمجرد أن يظهروا المحبة للآخرين، أو أن يبدوا العناية بأنفسهم أو بسواهم، أو أن يجتهدوا في الحياة، يظنون أن ذلك يغنيهم عما يريدون ويكفي. بيد أن الحقيقة، في واقع الأمر، ليست كذلك.
فما هو الدليل على ذلك؟

خذ مثلاً على ذلك حالة هذه المرأة التي ذهبت لزيارة ابنتها الراقدة في مستشفى الأمراض العقلية، بعد إصابتها بالفُصام (الشيزفرنيا)، وانظر كيف تصف حال ابنتها تلك: (لم ترد عليّ بكلمة. ابتسمت لي ابتسامة جميلة. بيد أنها كانت زائفة النظرات جسمها كان أمام عيني هناك. لكن واحسرتاه، أين هي ابنتي التي عهدتها كالزهرة؟ أخذت يدها بين يدي هاتين: رحت أقبّل يدها تلك، وانفخ فيها. فكأنني أنفخ في أنبوب صناعي، عبثاً رحت أنفخ عبر يدها نفحات حبي).

ما ينبغي أن يعرفه كل فرد من أفراد الأسرة، بادىء ذي بدء، هو أن الحب فيما بينهم والوئام، لا يكفيان لعلاج الإضطراب النفسي حينما يقع. ولكن لا يجدر أن يفهم من قولنا هذا أن المحبة بين أعضاء الأسرة الواحدة يجب أن تحتجب، وأن التضافر التام فيما بينهم يجب أن يغيب. إذ إن العلاج شيء، والمحبة شيء آخر مضاف ومساعد. ذلك لأن المحبة والعطف، والتعاطف، ومد يد العون المتبادل بين أبناء الأسرة الواحدة، إنما هي في واقع الحال إشراقة تغيّر في نفس المريض ظلمات الكآبة، وتبدد حلكات الأسى الجاثمة على روحه: كل ذلك يحمل للمريض نفسياً أملاً يشعّ عليه جديداً.

أين يكمن الخطأ؟

ليس مألوفاً في دنيا الطب النفسي أن تظهر الاضطرابات العقلية بشكل مفاجيء. قد تطرأ تغيرات تبدو على السلوك عند الفرد فيعزوها أهل المريض أو أصدقاؤه إلى ضغط العمل مثلاً، وربما يردّونها إلى تحولات مزاجية فيظنونها ستزول عما قريب. وإذا ما اشتدت هذه الاضطرابات أو إستمرت، فالأهل والأصدقاء لا شك يقلقون، لكنهم، مع ذلك، يعجزون عن تشخيص المشكلة الحقيقية القابعة وراء ما انتاب الفرد المريض. فما الحل إذن؟

عليك أن تتأمل حالة مريضك وأن تستعيد في نفسك سابق أيامه، وما هي خبراته، وأن ترقب وضعه بصورة موضوعية مبنية على الدراية، بعيداً عن

استدراج الأماني والإنتظار فترة أطول قد يضرّ مرورها بحالة المريض الصحية.
وأن تتأمل في نفسك الأسئلة التالية:

ما الذي يبدو قد تغير على وجه الدقة؟

كيف أصبح هذا الشخص يعمل ويسلك بشكل مغاير عما كان عليه؟

منذ متى بدأت هذه الأعراض تظهر عليه؟

هل حالته/حالتها، آخذة بالتدهور المستمر؟

وفي ضوء ما تقدم من أسئلة يمكنك أن تضع نصب عينيك الملاحظات التالية:

- فيما إذا استمرت حالته تزداد سوءً، وأصبحت الكآبة تخيم عليه أو النوبات المزاجية المتقلبة.
- هل غدا فاقداً لحيويته، ويحس متعباً طول الوقت.
- هل أصبح عازفاً عن الاستمتاع بأي شيء من مباهج الحياة.
- ما إذا كان يعاني من اضطراب في نومه.
- لاحظ ما إذا أصبح يكثر من الحديث عن الموت أو أنه أمسى يكنّ في نفسه التفكير بالانتحار.
- راقبه إن كان مزاجه متقلباً بالثواني.
- لاحظه إن أصبح متوتراً أو عصبياً، أو شديد القلق.
- هل يبدو عليه الإرتباك، أو أصبح مشتت التفكير فلا يقوى على التركيز.
- حاول أن تتبين ما إذا أصبح يشكو من أحاسيس الذعر والخوف الحاد.
- هل أصبح شديد الشك بالآخرين أو يخاف منهم.
- لاحظه هل غدا سريع التهيج والإثارة بشكل غير اعتيادي.
- يجدر أن تلاحظ كيفية سيرته في الأسرة وفي مجال العمل.
- من المهم أن تلاحظه فيما إذا راح يتعاطى المشروبات الكحولية إلى حد

الإفراط.

- من المهم أيضاً الإنتباه إلى حالته فيما إذا كان يتناول عقاقير مخدرة غير مشروعة.
- هل مرّ بأزمة من نوع معين منذ فترة قريبة ولم يتخلص بعدُ من آثارها تماماً.
- هل أصبح فاقداً السيطرة على سلوكه من الانحدار إلى الأعمال المدمّرة، كتعاطي الميسر مثلاً.
- يجدر التحقق مما إذا كان يعاني، أو أصبح يعاني من عجز جنسي.
- ضرورة تحري حالته الجسمية فيما إذا أصبح يشكو من خلل عضوي.
- هل أخذت تبدر منه أفكار غريبة تجلب الإنتباه.
- لاحظه إذا أصبح ذا نزعة عدوانية تدفع سلوكه بالعنف.

الإجابات على التساؤلات السابقات، إذا ما دلّت على ما يشير إلى الاضطرابات، فيجدر الإسراع بالحوار بين سائر أفراد الأسرة أو التحدث إلى أصدقاء المريض للوقوف على ماذا كانوا هم أيضاً قد لاحظوا بدورهم تلك الاضطرابات السلوكية بادية عليه أو أخذت بالظهور لديه. أما كيفية التعبير عن اهتمامك بالفرد المريض عقلياً أو نفسياً، فإن الأمر يتوقف على مدى علاقتك به وصلتك به وبمن تعرف من ذويه. حديث الزوجة إلى زوجها المريض أو الزوج إلى زوجته المريضة يتسم عادة بالمحبة وبحسن انتقاء العبارة. والوالدان يستحسن أن يجلسا معاً إلى ولدهما المريض أو ابنتهما المريضة. الأصدقاء المقربون يحسن بهم أن يضمنوا حسن اهتماماتهم في رسالة يوجهونها إلى المريض ليستمتع بمضمونها في التسرية عن كواتم نفسه. فالتودد في جميع الأحوال مطلوب.

المهم في الأمر هو أن يؤكد المرء مقدار عنايته بالمريض واهتمامه به، وأن يكون تأكيدك هذا منصباً على ما هو مزعج وعلى مصدر الإضطراب لدى الشخص المريض. ولتكن نغمة صوتك تحمل روح المودة فلا تنطوي على ما تشمّ منه رائحة النقد. فلا تبال بما قد تواجه في ذلك من مصاعب، عليك أن

تكون مباشراً في إظهار مشاعرك. وقد تتخذ تعابيرك صيغاً شتى: فكأن تقول للفرد المريض الذي يعنيك، أنك أخذت في الآونة الأخيرة تلاحظ عليه تقلبات ملحوظة في السلوك، أو كأن تقول له إنه أصبح في رأيك يتحاشى الاختلاط بالناس، أو لعلك تقول له: لا حاجة بك إلى الإكثار من لوم ذاتك وتجريح نفسك بكلماتك، أو الانتقاص من كفاءتك.

أما كيف تكون استجابة الفرد المضطرب إليك، فالأمر يتوقف على:

1 ـ طبيعة المشكلة التي يعاني منها،

2 ـ بنية الفرد النفسية وتكوينه الذاتي.

فبعض الأشخاص يتخذون موقفاً دفاعياً إزاء ما يسمعون من المقربين منهم. وبعضهم يغضب. بعضهم يحس بالمرارة والأذى. وبعضهم يرفض ما يتلقى من نصح يسدى إليه. فالشخص الغارق في حمأة الكآبة قد لا يبدي أية إستجابة تذكر. وأولئك الذين أدمنوا على تعاطي العقاقير أو الكحول تجدهم ينكرون وجود مشكلة أصلاً. ولكن لا تيأس. فإن كان المريض من أفراد أسرتك ووجدته يرفض اهتمامك به ونصحك له، فأعلم أن في تصديه هذا نوع من الاستجابة المبطنة ولكنه لا يحسها. المهم في الأمر أنك تؤكد له قلقك عليه بدلاً من توضيح حقيقة المشكلة له. وإذا كان هناك شخص آخر خارج نطاق الأسرة يمكن الرجوع إليه وقت الأزمات كطبيب العائلة مثلاً أو أحد رجال الدين، فيحسن أن تنصح مريضك بالتحدث إليهما أو الطلب إليهما التحدث إليه ليتكوّن لديه أفق أفضل.

وبغض النظر عن إستجابة الشخص إليك، فما عليك إلا أن توضح له بأنك لن تتخلى عنه مهما كان موقفه منك، وأن تجعله يستجيب بالتكرار عليه أن ثمة مشكلة لا بد من حزم الأمر للتصدي لها. اقنعه بأن هناك علاجات ومعالجات يمكن أن تخلّص المريض مما ألمَّ به. أكّد له قناعتك بأنه مهما كان الخطأ، وأينما كان هذا الخطأ كامناً، فإنه يمثل تحدياً لكما أنتما الإثنان، وإنكما بتعاونكما معاً ستقضيان عليه. وعندما يوافقك مريضك على ما أبديت نحوه من إهتمامات، يبقى عليك أن تقدم إليه شيئاً من ملامح المعلومات التي

تفضي إلى العلاج والشفاء. بيّن للمريض السبيل لتحرّي العلاج وصولاً إلى الشفاء.

وإذا ما أخفق أي مسعى تتوجه به إلى مريضك، ومن ثم وجدته يرفض الاستماع إليك رفضاً قطاعاً، فما عليك إلا أن تقدّر خطورة الموقف. وإذا لمست هناك أي خطر محتمل أن يصدر من مريضك هذا، فكأن تحس أنه ممكن أن يؤذي نفسه أو يؤذي غيره، فيجدر بك الاتصال مباشرة بمختص بالصحة العقلية، أما إذا كان سلوكه يوحي بموقف أقل خطورة، فيمكنك أن تستشير أنت مختصاً بالصحة العقلية حول حالته. وغالباً ما تجد معالجاً ماهراً ذا تجربة عريضة ينصحك إلى أسلم السبل المؤدية إلى كيفية التعامل في مواجهة موقف مريضك وكيفية انتشاله من وضعه الذي هو فيه.

كيفية مواجهة المرض العقلي داخل الأسرة:

الإضطرابات العقلية الشديدة منها والحادة تؤثر بشكل مباشر على كل جانب من جوانب حياة الأسرة: الإنفعالية منها والاجتماعية، وكذلك المالية. فتصبح العائلة بكاملها بحاجة إلى المساعدة، وإلى مزيد من الوقت، لتألف حقيقة أن الفرد المصاب بآفة المرض العقلي أو النفسي، وهو أحد أفرادها الذين تحبهم كثيراً، قد لا يعود إلى حالته السوية التي كان عليها قبل ابتلائه بذلك المرض. فكيف تتأثر الأسرة كلها؟

ذلك أن كل واحد فيها تتغير لديه نفسيته تعاطفاً مع المريض، يتبع ذلك كله أن تضطر الأسرة إلى تغيير نظام حياتها اليومي، وأن يضحي كل فرد فيها بوقته وجهده من أجل المريض الذي يريدون إنقاذه مما هو فيه من شدة مرضية: سواء كان المريض أحد الزوجين، أو الأبناء.

وحتى في الحالات التي يكون فيها المرض العقلي أقل خطورة، فإنه يؤثر بشكل أو بآخر على التماسك الأسري، من ذلك فعلاً أن المريض تفتر

عاطفته نحو الآخرين من أفراد أسرته، ولعل أفراد الأسرة يضطربون لفكرة أنهم سيخسرون واحداً منهم لإصابته بمرض خطير. ومما يؤثر على الوضع العائلي هو أن أفرادها قد يستحوذ على كل واحد منهم ما يطلق عليه في العلاج النفسي بـ (لوم الذات) الشديد: intense self-blame، ولوم الذات هذا ينشأ من ظنهم أنهم لم يأخذوا للأمر أهبته من قبل لذلك أصيب الفرد الذين يحبونه بالمرض. بيد أنه لا حاجة إلى مثل هذه الظنون. فالعلاج النفسي يمكن أن يشرح حقائق ما حصل فيخفف من وطأة الإحساس بالذنب guilt، وتقديم يد العون إليهم وذلك عن طريق الدعم السيكولوجي كل واحد منهم وهم يواجهون تحدي العناية بمريضهم الذي أصبحوا يتحسّرون على ما أصابه.

وكلما كان أفراد الأسرة أكثر وعياً بما ألمّ بمحبوبهم من مرض عقلي أو نفسي، كانوا أقدر على مواجهة الحالة المرضية التي يعاني منها. فالمعرفة بطبيعة المرض وطرق تطور الاضطراب وما ينجم عنه من تغيرات سلوكية، تتيح، دون شك، دعماً وتأكيداً للجميع وذلك بإتاحة الخبرات المطلوبة في هذا السياق. ونظراً إلى أن أفراد الأسرة جميعاً ينهمكون في عملية علاج مريضهم بغية إنتشاله من ورطته النفسية، وفي ضوء إبداء اهتماماتهم به، فإنه يتسنى لهم التغلب على المشكلة وقهر تبعاتها. وحتى حينما يكون شفاء الشخص المريض متعذراً، كما هي الحال في المرض المسمى: مرض الزهايمر Alzheimer disease، فإن أفراد الأسرة بوسعهم الاستفادة ليس فقط من الإرشادات العملية اليومية وحسب، بل بمقدروهم الإفادة كذلك من الأساليب التربوية والتعليمية والإرشادية المتعلقة بطبيعة المرض، وما يترتب عليه من ضغوط، وما قد ينجم عن ذلك من مشكلات. وأياً كانت طبيعة الاضطراب العقلي أو النفسي الذي يعاني منه المريض في الأسرة، فإنه يلزم سائر أفرادها أن يدركوا وأن يتفهموا أن ما يصدر عنه من سلوك لفظي أو حركي لا يرضيهم، لا يكون صادراً عنه حسب إرادته، بل إنه سلوك لا سيطرة له عليه. فيجب إذن أن يحتملوه وأن يتقبلوه.

هناك حقيقة لا بد من أن تؤخذ في الحسبان: تلك هي أن العائلات التي تكافح من أجل أن تتقبل فكرة المرض الذي يقاسيه محبوبهم، عليها ـ

أي العائلات ـ أن توطن النفس على تقبّل عدد كبير من المشكلات: من ذلك مثلاً: مشكلات عاطفية فيما بينهم، ومشكلات مالية، وأخرى تتمثل في الإجهاد البدني نتيجة لما يبذلونه من سهر على المريض والعناية به. ففقدان الشهية وإباء الطعام Anorexia nervosa المتعمد، مثلاً، لهي أمور ضاغطة تولد نوعاً من الشد والجذب بين الصبي المريض وأبويه، ذلك لأن الأبناء المرضى عقلياً أو نفسياً غالباً ما يتعمدون بعناد الامتناع عن الطعام لكي يتعبوا آباءهم أو يستدروا أكثر عطفهم.

فالمتاعب تنشأ داخل نطاق الأسرة تبعاً لموقع الشخص المريض بين ظهرانيها: هل هو أحد الأبناء؟ هل هو أحد الزوجين؟ هل هو أحد المعمّرين في الأسرة؟ لذلك فإن واقع الحال في مثل هذا الموقف هو كما عبّرت عنه لوريا فلاين، وهي تشغل وظيفة المدير التنفيذي في الاتحاد القومي للأمراض العقلية National Alliance Mentally ill إذ كتبت تقول: (ما من أحد يمكن أن يكون هناك جاهزاً وحاضراً ومستعداً أربعاً وعشرين ساعة في اليوم لكي يداري مريضاً ويقوم على خدمته ويراقب ما قد يتعرض له. لذلك يصبح أفراد الأسرة كلهم مجنّدين وكأنهم المختصون بالعلاج، وهم المعنيون بكل الأمر، ولكن على حساب صحتهم ووقتهم، والضحية في هذه الحالة هي العلاقات فيما بينهم، إذ إنها ستتوتر، بل إنها تتجمد إلى حد يضطرك أحياناً إلى تناول المهدئات. وكل تواصل بين أفراد العائلة الواحد يصبح نوعاً من المعاناة، فتأمل كيف يغدو شكل الحياة في الجو الأسري كله. فما المخرج إذن؟

تقترح الدكتورة فلاين فتقول يفضّل أن يتكلم أعضاء الأسرة عن أمور أخرى تصرفهم عن التركيز على المرض نفسه والتأكيد على شجونه. يضاف إلى ذلك أيضاً يمكن إخراج المريض من التشرنق النفسي الذي يكون فيه ليذهب إلى السينما مثلاً، أو ليذهب إلى مراكز الأسواق الكبيرة لينسى أفكاره المرضية التي تحاصره، وليكن ذهابه برفقة أحد أفراد أسرته ممن يرتاح إليهم أكثر.

لكن تركيز إهتمامك على مريضك الذي تحبه، يجب ألاّ ينسيك بحال من

الأحوال الالتفات إلى حاجتك وشؤونك الخاصة. فاهتمامك بذاتك أيضاً من شأنه أن يحصّنك عما قد تتعرّض له من متاعب محتملة.

ومع هذا كله إستعن بمن تتوسّم فيهم الإسهام في المساعدة على التصدي للمشكلة التي يعاني منها المريض عقلياً أو نفسياً أو أي شخص آخر تعرفه وهو يعاني. عليك بجمع المعلومات حول طبيعة معاناة مريضك، واقرأ ما تستطيع من كُتُب لها علاقة بالمرض العقلي والنفسي، وتحدّث إلى الناس الذين سبق لهم إلمام بنفس المشكلة، كل ذلك من أجل التغلب على المشكلة بأكملها. ولا تتوان عن الاستنجاد بمختص في العلاج النفسي عندما تدرك أن مريضك أصبح خطراً على نفسه أو على الآخرين. إذ إن مواجهة الخطر المحتمل مباشرة قبل وقوعه من شأنه أن يدرأ كثيراً من المتاعب غير المنظورة لكل من المريض وأفراد عائلته.

هذا الكتاب مكرّس، كما هو واضح من عنوانه، للعناية بالعقل والنفس. والعناية هذه واسعة في آفاقها: فهي، كما رأينا، تتناول مختلف حلقات المجتمع امتداداً إلى الأسرة بما فيها من أبوين، وأبناء، ومعمّرين من الشيوخ، ولكن للأسرة ارتباطاتها بما لديها من أقرباء، ومن أباعد ولكنهم أصدقاء. والآن:

أولاً ـ ما العمل عندما يصاب أحد الزوجين بمرض عقلي؟

لا يدري المرء، وهو بين أفراد عائلته، ما الذي يحتمل أن تكون عليه حالة أحد الزوجين في الأسرة. فقد يبدو على الزوج وكأنه مشدوه، أو كأنه حيران ذاهل، وربما تراه منطوياً على ذاته. ولعلك تلاحظ على الزوجة أنها متقلبة المزاج، أو قد يبدو عليها أنها كثيرة البكاء دونما سبب. فما الدواعي وراء كل ذلك؟ فقد يرجع السبب إلى الإرهاق في العمل. وربما يعزى الأمر إلى كثرة القلق على كيفية توفير نفقات الأسرة. وقد تكون البواعث جراء كثرة طلبات الأبناء وزيادة احتياجاتهم.

لذلك فإن الإبقاء على العلاقة متواصلة مع شريك حياة يعاني من أمراض

عقلية أو نفسية، يعد أمراً غاية في الصعوبة. وعلة ذلك هي أنّ أي شخص يكابد مرضاً عن نوع معين مثل:

1 ـ الإكتئاب،

2 ـ إضطرابات مصدرها قلق ما،

3 ـ أي نوع من أنواع الحالات النفسية المرضية، فإن هؤلاء الأشخاص كثيراً ما يكونون متقوقعين داخل ظلمات آلامهم الأمر الذي يحول بينهم وبين التواصل مع الآخرين، ومع مرور الزمن، فإن المرض العقلي يمكن أن يطمس معالم العلاقة الحميمة بين الزوجين ويعنّي عليها، وأن يقضي على كل ما هنالك من ثقة كانت بينهما قائمة، فيمحو كل عاطفة من شأنها أن تجعل الزواج مجدياً فيما لو كانت طبيعية. فأحد الزوجين مثلاً، تتسرب إلى نفسه عوامل اليأس، وبوادر الملل من الحياة فيخسر شريكه في حياته، وتتناقص كفاءته، وربما تستولي عليه، هو الآخر الآخر، الكآبة، والضجر، فينصرف إلى ملاذات قد لا تجديه نفعاً، كإدمان الكحول، أو تعاطي المخدرات، فيصدق عليه المثل: المستجير من الرمضاء بحرّ نار. فما الحل؟

فيما يلي بعض النصائح والإرشادات والوصايا، لا شك أنها ذات جدوى إذا ما طبقت بتبصّر:

1 ـ لا تحاول مواجهة المشكلة المرضية وحدك وبدون دراية.

فإذا كان الزوج هو المريض فالزوجة تحاول إنعاش نفسه بكلماتها الرقيقة، وكأن تقول له: (هذه سخافة) أنك تشكو من مرض وهمي. وربما يقول الزوج لزوجته: (لا توسوسي) إذا ما أبدت شيئاً من الشكوى. فهذه الكلمات المتبادلة طيّبة دون شك، غير أنها لا تحل مشكلة. فلا بد من حزم الأمر رأساً واستشارة ذوي الخبرة مباشرة.

2 ـ لا ينبغي أن يسبغ أحد الزوجين على الشريك الآخر بلا مبرر عبارات الإطراء. فقول أحدهما للآخر الذي يعاني حالة عقلية: أنك أنت الشخص الناجح، أو أنك أنت الكفؤ فتشجع! هذا المديح وهذه العبارات الإيجابية قد تشوه في عين الشخص الممدوح مرآة نفسه Self-Mirror، وتضخم في

ذاته دواعي الفشل مما يحمله على الظن أنك تكذب عليه ـ الأفضل البحث عن مصدر الداء والتصدي له.

3 ـ **لاحظ بدقة وحذر علائم التغيرات التي أخذت تظهر على زوجتك، وكذلك الزوجة على زوجها.** يجدر أن يلاحظ أحد الزوجين نوعية التغيرات التي أخذت تطلّ برأسها عند الزوج أو الزوجة وأن يبحث عن أسبابها. ومن ثم بحث تلك الأسباب وما أدت إليه، وعدم حث المريض منهما على دفنها ونسيانها. لأن إشراكه/إشراكها في بحث المشكلة من شأنه أن يبعده عن الكآبة. ومع ذلك فلا مناص من استشارة مختص تفادياً لتفاقم المشكلة.

4 ـ **شجّع شريك حياتك على الحركة والنشاط.**

كثير من الإضطرابات العقلية يتولّد عنها خمول. ففي حالة الإكتئاب مثلاً، يتولّد لدى المريض ما يشبه الشلل، فتراه وكأنه مشلول الإرادة والتفكير، فلا يريد أن يعمل أو يتحرك. وفي حالة القلق ترى الشخص كثير الحركة ولا يقرّ له قرار، لكن حركاته لا طائل منها وليست بمجدية، لأنه يتحرك بكثرة ولا يعمل في الواقع. وهو سريع الغضب متهيّج الأعصاب. لذلك فيجدر بالزوج الصحيح أن يقترح على شريك حياته: (لنخرج للتنزه سوية)، أو القول مثلاً: (حان الوقت المناسب لنذهب إلى دار الأوبرا، أو لنشاهد معاً فلماً).

5 ـ **امنح شريك حياتك ما استطعت من الثقة بالنفس ومن الإحساس بالمسؤولية.** إجعل أو إجعلي زوجتك/زوجك يشعر أنه ما زال يقوم بواجباته كما كان قبل مرضه/مرضها. وليكن رائدكما أنتما الإثنان المشاركة في كل شيء داخل المنزل وخارجه: سواء كان عملاً بسيطاً بالنسبة للمريض، الاستمتاع معاً بما يصرف المريض عن مرضه.

6 ـ **ميّز/ميّزي بين شخص وشريك حياة أنتَ/أنتِ، تحبه، وشخص مريض الآن ويتطلّب علاجاً.**

إبتعد عن الإنهماك بأمور شخصية من شأنها أن تؤذي أحدكما، ولا فائدة من ورائها. الأفضل الإنشغال بما ينسيكما الهموم.

7 ـ **تذكّرا أن علاقاتكما الزوجية التي فترت نوعاً ما الآن ليست راجعة للرفض، وإنما هي نتيجة للمرض العقلي والاضطرابات العقلية.**

8 ـ **لا يجدر بالمريض منكما أن يخفي مشاعره/مشاعرها السلبية.** الأشخاص الذين تنتابهم الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية، قد لا يتمتعون بنفس القدر من الحب الذي كانوا يتمتعون به قبل مرضهم. فهم مرضى ومرضهم يجعلهم:

(أ) عديمي الاكتراث بمن حولهم وما حولهم،

(ب) شديدي التهيج،

(ج) سريعي الغضب والنفور،

(د) كثيري السرحان،

(هـ) شديدي الرفض لغيرهم ولما يحيط بهم.

لذلك فلا بد من تقبل ما يصدر عن المريض من أحاسيس الرفض والمواقف السلبية. فالمجاراة ضرورية حتى يتم الشفاء.

9 ـ **كن حصيفاً عند التصريح بالحقيقة.** لطريقة التعبير في الحديث وقع في النفس. فحين تقول لمريضك مثلاً: (يسعدني أن أراك منشرحاً اليوم) أوقع في النفس وأدخل في الفوائد من قولك مثلاً: (لا أطيق أن أراك على ما أنت عليه من علة).

10 ـ **حصّن نفسك ضد المرض النفسي.** قد تسأل لعل هذا ممكن؟ الجواب: نعم إنه جد ممكن. ولعلك تسأل: كيف؟ الجواب هو: إعلم أن بعض الأمراض النفسية تنتقل بالعدوى الناجمة عن طول المصاحبة كالإكتئاب مثلاً.

11 ـ **لا ينبغي للمريض أن يتوقع الشفاء بين عشية وضحاها.** على المريض أو على المعتني به، أن يوطّن نفسه على حقيقة أن الشفاء لا يأتي بسرعة. وأن متابعة العلاج سيأتي بنتائج قد تطول أحياناً. وليكن معلوماً أن لقوة الإرادة على الشفاء دوراً حاسماً في التغلب على المشكلة المريضية.

ثانياً: ما العمل عندما يمرض أحد الزوجين ولديه أطفال صغار؟

عندما يمرض أحد الزوجين باضطراب عقلي ولديه أطفال صغار، فإن قلقه يتضاعف لأن تفكيره، فوق مرضه، ينصرف إلى أطفاله. إذ أن المريض

من أحد الزوجين في هذه الحالة يعرف جيداً أنه لم يعد قادراً على القيام بحاجاتهم الجسمية ـ الفسيولوجية منها والنفسية ـ فالأم المريضة بالإكتئاب، مثلاً، لا تستطيع، بتأثير مرضها عليه، أن تظهر عواطفها لأطفالها، لأن العاطفة في هذه الحالة تجف، فتنكمش الأم على نفسها، وتنسحب من عالمها الخارجي إلى داخل ذاتها. والأب المريض نفسياً ربما يخيف أطفاله نظراً لتغيرات مزاجه وتقلبات حالته المفاجئة، فيصيح مثلاً على حين غرة ولأتفه الأسباب، ومعلوم أن أكثر شيء يخيف الأطفال هو الصياح المفاجىء والصراخ غير الطبيعي. عندما يظهر مثل هذه الاضطرابات النفسية على أحد الأبوين، يشعر الأطفال أنهم لم يعودوا موضع محبة الأم المريضة أو الأب المريض، ويجعلهم شعورهم هذا، هم أنفسهم عرضة للتقلبات المزاجية، ويدفعهم إلى الاعتقاد بأنهم عرضة إلى الأذى من غير مبرر.

فما الحل؟

أنجع وسيلة هي أن يُصارَح الأطفال بمرض الأم أو الأب. وحينما يُكشف لهم عن حقيقة الوضع الذي فيه الأم أو الأب، يدركون عندئذٍ أن السلوك المتغير غير مقصود وأنه لا داعي لأن يشعروا بالتقصير. وعندما يتم شرح الموقف لهم ويعرفون أن أمهم أو أباهم تعرّض للمرض ولكنه سيشفى عما قريب، وإن تصرفاتهما نحوهم ليست لسبب سوء سلوك منهم كأبناء. وفيما يلي بعض الإرشادات تتعلق بكيفية التحدث إلى الأطفال الذين لديهم أحد الأبوين مصاب بمرض نفسي:

1 ـ **إحذر/أو احذري أن تنتقدي شريكك على مرضه.** لأن ذلك يجعل الأطفال يعتقدون أن المرض أتى به الشخص لنفسه بإرادته. وهذا من شأنه أن يزعزع ثقة الأطفال بكما أنتما الإثنين: أي بكلا الأبوين.

2 ـ **شجّعا الأطفال على التعبير عن أحاسيسهما حتى السلبية منها:** لأن هذا مدعاة إلى التفاهم والإعراب عن الأمانة والصراحة والصدق.

3 ـ **لا تحاولا أن تجعلا الإبن الأكبر يشعر بأنه يجب أن يحل محل أحد الأبوين.** فلا يجعل الأب إبنه الأكبر يحس أنه يأخذ مكان الأب، أو أن

تجعل الأم ابنتها الكبيرة تعتقد بالإيحاء أنها تحل مكانها.

4 ـ شجعا الأبناء إلى أقصى حدود التشجيع ليحيوا حياتهم الطبيعية وأن يمرحوا في حياتهم سواء في البيت أم في المدرسة.

ثالثاً: ما العمل عندما يمرض نفسياً الطفل اليافع؟

مشكلات الصحة العقلية لدى الأطفال يمكن أن تثير متاعب شتى للأبوين، ولعلها تحدث لهم إرباكات لا قبل لهم بها. لماذا يكون الأمر على هذه الصورة؟

السبب يعزى إلى أن ما يصيب الأطفال من أمراض نفسية أو جسمية: وسواء كانت الأمراض هذه عرضية زائلة أو مستديمة قائمة، تجعل الأبوين يشعران بالألم، وبالشعور بالذنب، بتأنيب الضمير، ولوم الذات.

لا جدال في أن أوضاع العائلات تختلف تبعاً لأعمار الأطفال الذين يمرضون، ولطبيعة المشكلة المرضية. لذلك فإن ما قد ينشأ داخل أطفال الأسرة من مشكلات سلوكية حادة ومن اضطرابات مرضية خانقة يمكن أن تؤدي إلى:

1 ـ تمزيق استقرار الأسرة وذلك بالتأثير على مجريات حياتها اليومية.

2 ـ إحداث بلبلة داخل الأسرة لم تكن موجودة من قبل.

3 ـ الإفضاء إلى التذمر بنوعيه الملحوظ منه وغير الملحوظ.

4 ـ يؤدي الأمر إلى إيجاد توتر بين أفراد الأسرة.

5 ـ وجود صراعات بين الأخوة أنفسهم أو خلافات بين الأبوين حول من كان السبب في الإهمال والمرض.

6 ـ إنقطاع التواصل النفسي بين أفراد الأسرة وانهياره.

7 ـ حيرة الأبوين في اتخاذ موقف محدّد حيال حبهما لطفلما المريض من جهة، ومن جهة أخرى حيال إحباطهما من سلوكه الذي أصبح يشكّل لهما عبئاً ثقيلاً عليهما.

8 ـ أضف إلى ما تقدّم فإن الأبوين ينتابهما القلق خوفاً من احتمال وقوع أحد

أطفالهما الآخرين ضحية مرض مماثل. وبعبارة موجزة يمكن القول بأن الأسرة بأكملها يتسلل إلى نفوس أفرادها القلق، والخوف، والأرق، فيصبح أفرادها كلهم وكأنهم في حالة طوارىء.

يترتب على ما مرّ تواً، فإن الزواج كله تشوبه شوائب التوتر عندما يصاب أحد الأطفال بمرض نفسي. والسبب في ذلك هو:

1 ـ إرهاق أعصاب الزوجين.

2 ـ إختلافهما المستمر حول كيفية علاج الطفل المريض.

3 ـ انتقادهما بعضهما عمن كان المصدر في التسبب في المرض.

4 ـ احتمال فتور العواطف بين الزوجين نفسيهما.

فمال الحل؟

خير ضمان لتفادي معظم تلك المخاطر هو توثيق التعاون بروح الفريق الواحد لكسر شوكة المشكلة. ولعل الأهم في ذلك هو الإستئناس بآراء محللين نفسانيين ومرشدي العائلات من المختصين لضمان دوام سيرورة حياة الأسرة كما كانت عليه. وليعلم الأبوان أن المرض الذي يتعرض له أحد أطفالهما إنما هو أمر عارض، وأن الزوج رباط مقدس، فلا ينبغي التجاوز على ما قررته شرعة الحياة.

رابعاً: ما العمل عندما يمرض المراهق في الأسرة؟

يشقى الآباء لكي يسعد الأبناء. هذه حقيقة أَمْلَتها سنّة الحياة. كم يزدهي الآباء وهم يرون أبناءهم يتفتحون أمام أنظارهم كالأزهار. كم يسعد الآباء وهم يرون أبناء يمرحون ويتقافزون حيوية وانطلاقاً، وكلهم نشاط، وصحة، وعافية. فيقّر الأبوان عيناً إذ يعتبران كل ذلك تتويجاً لحسن عنايتهما بالتغذية، وسديد الرعاية بالتهذيب والتوجيه.

ولكن: هل تدوم الأمور هكذا؟

فقد يحدث أن يرى الأبوان أحد أبنائهما قد أصبح واجماً، كئيباً، منسحباً

داخل نفسه، بعيداً عن أبويه وأخوته. فقد تصبح البنت المراهقة التي كانت، ودودة، نزقة، رافضة لكل تواصل مع بقية إخوتها، وحتى مع أبويها. وقد يغدو المراهق الذي كان يحب الصحبة والمرح، نافراً، صارخاً، هارباً، أو منكمشاً. يترتب على هذا، شعور من جانب الأبوين، فيحسان وكأن غريباً أصبح يعيش بين ظهرانيهم. وجو الأسرة كله يخيّم عليه التوتر والاضطراب.

لهذا فإن الأسرة كلها تتجه إلى أن تنشد سبل العلاج. وسواء أكان العلاج بالعقاقير، أم بدخول المصحات النفسية العلاجية، كل ذلك يشكّل تحدياً للأسرة وعبئاً عليها.

وتبعاً لذلك فإن جو الأسرة النفسي كله يتغير ويتوتر. وأن تقبل الحالة المرضية يخفق كثيراً من الأوصاب والمتاعب النفسية. فهذه أم المريضة بالفصام (الشيزوفرنيا) تقول: (أدركت أنه يتعين عليّ أن أعايش مستقبلاً مجهولاً، وأنّ عليّ أن أتخلى عن كثير من أحلامي السابقة، وأن عليّ أن أزن كل طموحاتي بميزان الواقع الذي نحن فيه الآن).

خامساً: ما العمل عندما يمرض نفسياً أحد الأقرباء؟

تبدأ المسألة من الآن في مواجهة المشكلة. فعندما يمرض أحد الأفراد المقربين من الأسرة بصلة الرحم أو النسب، يجب إفهام حتى صغار الأطفال بأن المرض يمكن أن ينهش أي واحد داخل الأسرة وخارجها.

مثل هذا التوجه يجعل الأطفال لا يتذمرون فيما لو جيء بهذا المريض إلى رحاب العائلة. من شأن التعاون بين الأقارب أن يوطد صلة الرحم ويوثق العلاقات الإنسانية ابتداء بالأسرة، مروراً بالأقارب، ووصولاً إلى جميع أفراد المجتمع.

سادساً: ما العمل عندما يمرض نفسياً أحد أبويك المعمرين؟

تذكر أن أباك الذي كان في يوم مفتول العضل قوياً، وكان يفيض حيوية ونشاطاً أصبح اليوم شيخاً ضعيفاً ومريضاً نفسياً. ولا تنسَ أن أمك التي كانت

أيام صباها تنير البيت ببسمتها وتدفئه بحبها وحنانها أضحت اليوم عجوزاً وهي تعاني مرضاً نفسياً.

فما هو موقفك من أحد أبويك أو كليهما؟

ربما يصعب على الأبناء أحياناً أن يصدقوا بأن والدهم القوي يوماً ما أصبح هزيلاً ومريضاً، وأن والدتهم الفتية فيما مضى أمست هرمة يطوّح بها المرض.

فما الذي على الأبناء أن يفعلوه؟

عندما تبدو على أحد الأبوين أمارات الاكتئاب، والتغيرات السلوكية، وعلامات القلق المفرط، والتشكك بكل شيء في الحياة، وفقدان الإحساس بأبعاد الزمان والمكان، فإن أبناءهم البالغين الآن، يحاولون أن يغضّوا من كل ذلك: إما بالاستهجان أو أنهم يعزونه إلى كبر السن جراء التقدم في العمر. وفي جميع الأحوال فإن الأبناء على خطأ إذا ما ظنوا مثل هذا الظن.

لماذا؟

يجدر بالأبناء أن يعلموا أن أمراضاً نفسية وعقلية خطيرة مثل:

1 ـ الأوهام

2 ـ الهذيانات

3 ـ البارانويا،

4 ـ كثرة النسيان

وسواها كثير تصيب مليون شخص من المعمّرين في بعض أنحاء العالم كما تشير الإحصاءات الدقيقة إلى ذلك.

يلزم الأبناء أن يعلموا حقيقة مهمة ألا وهي أن:

1 ـ الإحساس بالاكتئاب،

2 ـ والنسيان المتزايد،

3 ـ وتدهورالذاكرة، وسواء ذلك

إنما هي أمور شائعة بين الناس من مختلف الأعمار، غير أن مثل تلك الأعراض وأمراضها إنما تكون عند الكبار مستمرة، وعليه فلا ينبغي النظر إليها بأنها شيء عادي، ولا يجوز بحال من الأحوال الاستخفاف بها. فلا بد من الاهتمام بها والإسراع إلى معالجتها.

قد تواجه أحياناً مشكلة، مردّها إلى أن والدتك المعمّرة، أو والدك المعمّر يرفض العلاج. فماذا تفعل؟ يحسن بك أن تتحدث إليه برفق خارج نطاق البيت، فيمكنك التحدث إليه في عيادة الطبيب المعالج مثلاً، أو في مكان يرتاح فيه.

وإذا ما أُعْطِيَ أحد أبويك علاجاً وُصِفَ له بدقة، فيجدر بك وبمعمّرك من أحد الأبوين أن تعرفا معاً الوقت الصحيح لتناوله؛ وعليك أن تفعل ذلك تحاشياً لنسيان تناوله، أو تناوله بشكل غير سليم مما قد تترتّب عليه عواقب وخيمة.

واجتهد أن تقنع والدك المعمّر أو والدتك المعمّرة بأن تناول الدواء الموصوف لأي منهما إنما لصالحها أو لصالحه، وأن نتائجه المرجوة مضمونة وستؤتي ثمارها بعد حين. وما خلا الحالات المرضية الصعبة بعض الشيء، كمرض الزهايمر مثلاً، فإنه يجب التأكيد بأن الأمراض الأخرى، مثل الاكتئاب، والقلق، هي أمراض قابلة للشفاء عند كبار السن، شأنها في ذلك كشأنها مع صغار السن. فهذه حقيقة علمية لا مغالطة فيها، سواء كان العلاج نفسياً أم علاجاً بالعقاقير، أو بالإثنين معاً.

يجدر بكبار السن أن يدركوا حقيقة: تلك هي أنهم بمقدورهم أن ينتفعوا مما ينتفع منه الأصغر منهم سناً من استراتيجيات مثل:

1 ـ التمارين التي تخص الكبار.

2 ـ الاسترخاء.

3 ـ الابتعاد عن التوترات.

سابعاً: ما الذي يترتب عليك أنت أن تفعله؟

العنوان الفرعي هذا يشير إلى كل من الفرد العادي والمريض ولكن المختص بالعلاج معني به أكثر. فالاتحاد القومي للأمراض العقلية اجتهد ولا زال يجتهد للظفر بإحراز أوسع مدى ممكن للإعتراف بمكانته وبأهمية مهمته في ميادين الأمراض العقلية والنفسية، وهو لا يزال يجتهد لإفهام الناس وتحذيرهم: تحذيرهم من المرض بمختلف الوسائل، ومن ثم إفهامهم بعدم التكتم على المرض لأنه ليس منقصة بحق الإنسان عندما يمرض. فالثقة المتبادلة والتعاون باتجاه واحد هما دعامة التقدم المرجو لصالح المريض ومن أجل الاعتراف الأوسع بنجاعة العلاج النفسي.

ومن أجل هذا الغرض، كتبت ناميا فلاين، من الإتحاد القومي للأمراض العقلية، تقول: (مرّت سنوات طوال، والأسر ما برحت هي التي يوجّه إليها اللوم، وهي المستبعدة عن مصدر كل معلومة نافعة، فلا تدري ماذا يجري حولها من إجراءات بشأن صحتها النفسية. والمختصون بالصحة العقلية والنفسية يدّعون، وهم يخفون المعلومات عن العائلة، أنهم إنما يفعلون هذا حرصاً منهم على حماية الأسرار المتعلقة بالأسر. وأيًّا كانت الحال، فإن الأسر في واقع الأمر، لا تتوخى في العلاج كتمان الأسرار، بل هي تتوخى ما يخصها من حقيقة الأخبار. فإن ما نبتغي معرفته هو لأي الأغراض وصفت العقاقير، وماذا نتوقع منها من نتائج، ما هي مضارها الجانبية، وما الذي نتوقعه منها في المآل).

وبعد سنين ممتدة من العمل والبحث في مجال العائلات التي تأثرت بصورة أو أخرى بالأمراض العقلية، فإن مؤسسات الصحة العقلية الأمريكية والكندية خلصت إلى التوصيات التالية:

1 ـ إشحذ إرادتك لتكون نصير لك وعوناً معك يشدّ من أزرك للتغلب على مرضك وسيواتيك الشفاء، مع الصبر وقوة العزيمة.

2 ـ لا تتردّد عن تحري حقيقة المعلومة الصحيحة الخاصة بطبيعة مرضك.

3 ـ وسّع دائرة اتصالاتك، فهذا من شأنه أن يخفف مما ترزح تحته الأسرة من أعباء.

4 ـ عليك أن تحيا حياتك الخاصة بعيداً عن الضغوط النفسية التي تثقل الكواهل.

5 ـ تنبّه لإشارات الخطر التي يصدرها الجسد وتصدرها النفس، لتتأهب للأمر قبل استفحال الأرزاء.

6 ـ لا تجهد نفسك فوق ما تحتمل وأكثر مما هو مؤهل له جسدك.

7 ـ ابتعد عن لوم ذاتك وتأنيب نفسك، ففي هذا تقليل من شأن طاقاتك في عين ذاتك.

8 ـ لا تتكتّم على ما تحس به من معاناة لأن مثل هذا التكتّم يستنزف قواك النفسية والجسمية بصورة لاشعورية.

9 ـ لا تتوان عن طلب الاستشارة النفسية.

10 ـ إياك أن تستسلم للمرض بسرعة وبسهولة. واعلم أن استعادة العافية من المرض النفسي تستغرق وقتاً. فالمرض مثله مثل الجرح: فالجرح هذا لا يندمل بسرعة بل تدريجياً، ولا يمكنك أن تتعجل شفاءه، ولكن لا بد من أن تأخذ الطبيعة مجراها وكل بأوان.

الفصل الثامن عشر

السلوك استراتيجيات علاجية من أجل خير صحة نفسية

- من أين نبدأ؟
- إستراتيجيات ذاتية
- مواجهة الضغوط النفسية
- الاسترخاء المتواصل
- مواجهة الضغوط أيضاً

من أين نبدأ؟

من أين نبدأ؟

ما من إنسان يعيش في حالة مستمرة من الصحة العقلية والنفسية التامة. إنّ من طبيعة الحياة أنْ تتحدانا. تحديها هذا لن يجعلنا نقلق: يجعلنا وجلين خائفين. وأحياناً نبكي. إننا في حالة مواجهة تامة مع الإحباطات والمفاجآت. وبقدر ما نأخذ أهبتنا، نستطيع التصدي لمجابهة غوائل الحياة. ولما كان بوسعنا أن نعمل كثيراً للمحافظة على بنية قوتنا الصحية الجسمية، فكذلك هي الحال بالنسبة لصحتنا النفسية والعقلية، إذ بمقدورنا أن نتغلب على مصاعبنا اليومية وأن نحل مشكلاتنا النفسية الحياتية بشكل فعال.

وإحدى السبل المؤدية إلى ذلك هي أن نفهم بشكل جيد ماذا تعني الصحة العقلية حقاً. وكان فرويد Freud قد قال عن جوهر العملية النفسية بأنه القدرة على الحب والعمل. أما تولستوي Tolstoy فقد صاغ المسألة بلغة أكثر شاعرية حينما كتب يقول: (باستطاعة الفرد أن يعيش في هذا العالم ناعم البال قرير العين إذا هو عرف كيف يعمل وكيف يحب، أي أن يعمل من أجل شخص يحبه، وأن يحب في نفس الوقت عمله هذا). وفي كتابه: **المجتمع السليم** The Same Society، كتب أريك فروم Erich Fromm يقول: (إن معيار الصحة العقلية للمرء لا يقاس على أساس تكيّفه لنظام اجتماعي معين، وإنما هو معيار واسع وشامل، يصدق على جميع الناس وينطبق عليهم كافة، وأن يتيح في الوقت ذاته جواباً شافياً لمشكلة وجود الإنسان في هذا الكون).

ما من مشكلة في أن كل جواب يكوّنه كل شخص لنفسه إنما هو جواب يكون فريداً في بابه. ومع ذلك ففي كل زمان ومكان وفي كل حضارة وثقافة، وبصرف النظر عن ذلك الزمان وتلك الثقافة، فإن الأفراد الأصحاء عقلياً يشتركون في خصائص Characteristics ومقوّمات تجمع بينهم، فهم أفراد على تماس تمام مع مشاعرهم وأحاسيسهم، ويمتلكون السيطرة على أنفسهم، وهم في عين الوقت، قادرون على تحديد هويات أنفسهم والتعبير عنها. إنهم قادرون على:

1 ـ إدراك الواقع على حقيقته،

2 ـ أن يستجيبوا لتحدياته التي تواجههم،

3 ـ أن يكوّنوا استراتيجيات عقلانية للعيش في هذه الحياة.

نعم، لا يمكن الزعم بأن هؤلاء الأفراد هم محصّنون ضد المشكلات أو هم لديهم مناعة ضد الصراعات Conflicts، لكن هؤلاء الأشخاص بمقدورهم معايشة هذه الصعائب والصراعات بطرائق تمكّنهم من النمو النفسي Psychological Growth. إنهم يتعاملون ويتفاعلون على نحو معقول مع الآخرين من غيرهم. ولأنهم يمتلكون القدرة على تقييم أنفسهم وتقدير دورهم على نحو صائب في الحياة وفي العالم من حولهم، فهم لذلك يشعرون بلذة إحساسهم بما أنجزوه، مما يجعل الحياة الرتيبة في الحياة اليومية مفعمة بالحيوية وأنها خليقة ببذل المزيد من الجهد. فهم في حياة نفسية وعقلية متجددة.

إن لب العنصر الأول في الصحة العقلية هو عنصر تقدير الذات Self-esteem وكيفية النظر إليها واعتبارها، وهو عنصر إحساس المرء بذاته والاعتداد بها مما يمنحه ثقة بالنفس، الأمر الذي يحمله على أن يجتهد في بلوغ هدف محدد، ولتكوين صداقات حميمة، وعلاقات مع الآخرين حميمة.

فتقدير الذات يجعل كلاً منا يشعر بأهميته في عين نفسه بوصفه كائناً بشرياً:

1 ـ يتمتع بقدرات فريدة،

2 ـ يتمتع بعقلية فذة،

3 ـ له دور رائد في الحياة.

تقدير الذات ليس قائماً على عوامل تأتي من خارج الذات، كالثروة مثلاً أو الجمال، ولا هو بالشيء الفطري الذي نولد ويولد معنا، ولا هو بالشيء نكتسبه من سوانا. بل إن تقدير الذات ينمو فينا ويتطور معنا عبر الزمن. إذ نبدأ ببنائه منذ أيام طفولتنا ونعومة أظفارنا إذا نحن تم تطبيعنا، وتربيتنا، وإذا

تلقينا الحب في صغرنا، فنكتسبه ونتعلمه مثلما نكتسب مهاراتنا الأساسية ونتعلمها تماماً بتمام: مهاراتنا الأساسية كتعلمنا المشي والكلام. فهو ينغرس فينا، ونحن صغار، فنتعلم كيف نهتم بأبداننا، وكيف نكبح نزواتنا، وكيف نتحكم بدوافعنا ـ شريطة أن نتلقى التشجيع ممن حولنا ونحن نمارس هذه الإنجازات. ولذلك فإن تقدير الذات الواطيء أو المنخفض يصاحب في الغالب أولئك الأشخاص الذين تعرّضوا إلى الامتهان أو التحقير أيام طفولتهم: إذ يكون شائعاً بين الناس الذين ترعضوا وهم صغار إلى إيذاء نفسي أو جسدي من أي نوع كان، ولذا يترتب عليه استجابة وحساسية لأمراض عقلية ونفسية مثل:

1 ـ الاكتئاب،

2 ـ اضطرابات قلق،

3 ـ الميل إلى إدمان المخدرات.

وبالمقارنة، فإن الذين لديهم نظرة نحو أنفسهم طيبة، ولديهم تقدير ذات بالنفس متوازن، فإنهم وإن كانوا أحياناً يعانون من مشاعر الشك التي هي من طبيعة الإنسان، غير أنهم مع ذلك يركزون إحساساتهم على ما هو طيب فيهم وعلى ما هو إيجابي عندهم، وهم دائماً يعرفون حدودهم ويدركون إمكاناتهم. على أن هذا لا يعني أنهم محصّنون ضد المشكلات الكاربة للنفس أو أنهم بمنأى منها، ومع هذا كله، فالدلائل تشير إلى أن الآفاق الإيجابية للصحة العقلية لديهم متوفرة دائماً هناك.

ثمة خط فاصل دقيق، وليس دائماً واضحاً يفصل بين الصحة العقلية والمرض العقلي Mental Illness. فهو خط جد دقيق لا يمكن تبيّنه على وجه الدقة يعزل بين الاستجابة ورد الفعل المؤقت لما يطرأ من أزمات، وبين النمط الدائم المزمن من المشاعر السلبية والمصحوبة بالسلوك المدمّر. فبعض المشكلات يمكن حلّها بسهولة ويستطيع المرء أن يذلّلها بطريقته الخاصة، كأن يتحدث عنها مع صديق يثق به، فيناقشها ويلتمس الحلول لها. في حين أن بعض المشكلات الأخرى تتطلب علاجاً من مختص لأنها مشكلات إستعصت

وإن المختص فقط يستطيع أن يقدم لها العلاج الناجع ليساعد صاحبها على التخلص من براثنها. لذلك فإنّ التقنيات الفنية الموصوفة في هذا الفصل يمكن أن تكون عوناً في مجال الصحة النفسية، سواء كان المرء يعاني من مشكلات محددة أم لا؛ كما أنها تقنيات يمكن أن تكون ذات جدوى في مجال العلاج المهني في حياة الاختصاص.

استراتيجيات ذاتية

العناية بالنفس Self-Care بشكل صحيح وعلى وفق أساليب علمية يمكن أن تسهم إلى حد بعيد بالصحة النفسية والصحة الجسمية في ذات الوقت. وأهم التطبيقات ذات الجدوى في هذا المجال والتي يمكن باتباعها أن تجدي نفعاً إلى أقصى حد ممكن.

وهذه الاستراتيجيات النافعة جداً هي:

التمرين Exercising:

برهنت التمارين الجسمية على أنها ذات فائدة كبرى ليس فقط للجسم وإنما للعقل كذلك. فهي ذات نفع كبير للإكتئاب الخفيف بشكل خاص. أثبتت الدراسات في هذا المجال أن بعض أنواع الجمباز والمشي قد أديا إلى تحسين مزاج الأشخاص الاكتئابيين والمكتئبين اكتئاباً من نوع ما إلى أقصى غايات التحسن. وحتى رفع الأثقال، كل على حسب طاقاته، قد برهن على ما يأتي:

1 ـ رفع الروح المعنوية عند الشخص،

2 ـ تحسين النوم وفتح الشهية،

3 ـ تقليل حدة التهيج ومقدار الغضب،

4 ـ إحداث مشاعر السيطرة على الذات،

5 ـ تكوين مشاعر الإحساس بالإنجاز.

وهذه كلها أركان مهمة في جعل الفرد، يحس بأن كيانه الذاتي لا يزال

عامراً. فضلاً عن ذلك فإن التمرين يمكن أن يخفض وأن يقلل من خطر الانتكاسة في الاكتئاب وعودته من جديد. ففي دراسة طولية إمتدت على مدى ثمانية عشر عاماً في مختبر السكان البشري Human Population Laboratory، أجريت في مدينة الأميد Alamed بكاليفورنيا، تناولت حوالي سبعة آلاف من الكبار البالغين من الجنسين، وجد الباحثون القائمون بتلك الدراسة أن انتكاس الرجال والنساء الخاملين Inactive من بين ذلك العدد كله يعادل من حيث العدد مرتين إلى ثلاث مرات عدد الذين كانوا مواظبين على مزاولة التمارين بصورة منتظمة.

تعدّ التمارين أيضاً وسيلة فعالة في خفض حدة القلق. يضاف إلى ذلك في كسر شوكة القلق أيضاً:

1 ـ المشي.

2 ـ السباحة.

3 ـ أية تمارين نافعة.

4 ـ استخدام أنواع الأجهزة الرياضية الأخرى.

كل هذه أدوات فعالة في التقليل من الأمراض الجسمية والنفسية على حد سواء.

من فوائد التمارين الرياضية أنها تعمل على زيادة تدفق الدم ومعه زيادة دورة الأوكسيجين في خلايا الدماغ والمخ بوجه أخص وفي سائر أوعية الجسم، كما أن من شأنه أن يغيّر من مستويات كيمياء المخ؛ ويتبع ذلك تغيير في المزاج كله. بالإضافة إلى التأثير على عملية ميكانيكية الدماغ، فإن للتمارين الرياضية أثراً آخر غير مباشر على الجسم والنشاط. من ذلك مثلاً أن التمرين يمتص الإنفعالات، ويصرف انتباه الشخص بعيداً عن التركيز على متاعبه ممّا يخفف من التوتر عند الفرد. أضف إلى هذا كله فإن التمرينات ترفع من احساس المرء بكينونة ذاته، وتفضي إلى اعتدال الصحة الجسمية بكاملها. وكلما قلل الناس من أوزانهم وشدّوا من عضلاتهم الرخوة، أحسوا بالراحة أكثر حول أجسادهم ومجمل حياتهم. ذلك أن إحساسهم بكفاءتهم وثقتهم بأنفسم،

ينمو باستطراد عندما يشعرون في قرارة أنفسهم بأنهم قادرون على التغيير إلى الأحسن.

التغذية الصحيحة Eating Right:

كل من الجسم والعقل يتطلبان كلاهما تغذية Nutrition صحيحة ليعملا بكفاءة تامة. من شأن عادات الأكل غير السليمة، مثل وجبات الأكل المستعجلة، وازدهارها بسرعة وبلهوجة، يمكن جداً أن تجعل الناس غير مرتاحين جسمياً ونفسياً، لأنها عادات وتغذية شاذة عما تستوجبه العناية بالجسم وبالنفس، فهي عادات ضارة لأنها:

1 ـ تجعل الفرد غير قادر على التركيز على مهامه اليومية،

2 ـ تجعله دائم الاسترخاء والخمول بلا معنى،

3 ـ تصرفه عن نشاطه الجسمي والعقلي.

لذلك فإن الغذاء الصحي Diet، والمتوازن ضرورة لازمة، لأنه يمنح الشخص إحساساً بالحيوية فضلاً عن الصحة المتكاملة الدائمة. ونصيحة لا بد منها وخاصة يجب أن توجّه إلى الأشخاص المكتئبين وأن يكون من ناحية التغذية جد حذرين، لأسباب جمّة منها مثلاً:

1 ـ لأنهم قد يفقدون الشهية تماماً،

2 ـ لأنهم قد يبدأون يأكلون أقل،

3 ـ لأن وزنهم يبدأ يتناقص تبعاً لذلك كله،

4 ـ ثم إن هناك خطر تعرضهم إلى مضاعفات نقص التغذية.

لذلك فإن الغذاء المتوازن بشكل جيد يجب أن يكون من أولويات أية خطة علاجية خاصة بذوي الإكتئاب.

إن تعاطي كميات من الكافاين والمواد التي تحتويه يؤدي إلى ارتفاع نسبة القلق، وأن تناول المشروبات التي تكوي الكافاين بكثرة يمكن أن يفضي إلى القلق وإلى شيء من الخوف أيضاً. والأشخاص الكثيرو القلق ينصحون

بأن يكفّوا عن تناولها إطلاقاً، وينصحون بدلاً من ذلك بتناول القهوة ومشروب الكولا الخاليين من الكافايين تماماً.

كثير من الناس يكثرون من شرب الكحوليات وهم يتناولونها عندما يكونون تحت تأثير ضغوط نفسية. بعض الأفراد الاكتئابيين والمكتئبين يعمدون إلى الشراب ظناً منهم أنهم بذلك يقللون من كمية أحزانهم؛ وأولئك الذين يعانون من أعراض القلق يلجأون إلى الشراب وهم يحسبون أنه لتهدئة حالاتهم العصبية ولترطيب أعصابهم الهائجة. فليكن معلوماً أن اللجوء إلى المشروبات الكحولية من شأنه أن يجعل هذه الحالات أسوأ مما هي عليه.

تحدّث إلى نفسك Talking To Yourself

كلنا نتحدث كل يوم إلى أنفسنا بشكل صامت، فنرانا نعلّق في دواخلنا وإلى أنفسنا هامسين كيف نبدو للآخرين، كيف نعمل، أو نسمع همس أنفسنا ونحن نردد في ذواتنا كيفية حل معضلة تواجهنا. والبعض باستمرار يستعيدون صور مشاهد ومناظر من حياتهم الماضية، ويجترون في أنفسهم ماذا كان عليهم أن يعملوا للتصدي لمشكلة جابهتهم، أو ماذا يمكنهم أن يصنعوا للتخلص من موقف هم في حبائله. وتجد بعض الناس منهمكين في إنتقاد أنفسهم أو التقليل من شأنهم في عيون ذواتهم، وتراهم مقبلين على تضخيم صغائر الأمور إلى حد مُغالى فيه. الحديث السلبي عن النفس هكذا لا يحل مشكلة ولا يقلل من أية معضلة، بل على العكس إنه يزيد من القلق ويرفع مستوى التوتر، وإنه لمن الأفضل إلى حد بعيد أن تتحدث عن نفسك بما أنت تجد فيها وبما قمت به من إنجازات، وليكن معروفاً لدينا جميعاً أن الأشخاص الذين يكافحون لإبعاد الجوانب السلبية عن أنفسهم هم أفضل بكثير من أولئك الذين يحصون أخطاءهم ويستسلمون للمسائل الصغيرة، أو هم يعتمدون على غيرهم لتحسين أوضاعهم.

إحتفظ لنفسك بمفكرة نفسية :Keeping a Psychological Journal

المفكرة النفسية تختلف عن المفكرة التقليدية التي نعرفها جميعنا، فبدلاً من التركيز على:

1 ـ مَنْ،

2 ـ أين،

3 ـ متى،

4 ـ كيف،

تركز المفكرة النفسية على (لماذا) Why، وإن (لماذا) هذه تستخدم بصيغة الجمع لتشمل تساؤلات على الذات لأنك في هذه الحالة تكتب عن قلقك وعما يزعجك وهذا التوجه يخفض مستوى القلق ويطرد شبح التوتر والآلام المزعجة. وكلما كانت مدخلات مفكرتك النفسية أصدق وأدق، كانت النتائج أجدى وأوفق. ففي دراسة تمت في جامعة ميثودست الجنوبية Southern Methodest University بأمريكا، قام طلاب إحدى الكليات فيها بتسجيل ما كان يضايقهم نفسياً تسجيلاً منتظماً لمدة أربعة أيام متتالية ولمدة عشرين دقيقة في كل يوم، كانوا يسجّلون كل ما يتعرضون له من مضايقات وإحباطات، فوجدوا بعد ذلك أنهم قد تخلصوا من كثير من أزماتهم النفسية وشعروا بوضع نفسي أفضل.

ولكي تبدأ بشكل أتم فما عليك إلاّ أن تتأمل أحداث أسبوعك أو إذا شئت وقائع يومك، واختر منها أبرزها وأكثرها معنى في حياتك اليومية. دوّن الظروف، والخبرات والأحداث التي أوجدتها. حلّل الأحداث الحديثة وتأمل الضغوط النفسية التي رافقت هذه الأحداث. وعليك أن تتصدى بسلاسة لتلك الضغوط التي أثرت فيك أكثر من سواها.

وجد أن الاحتفاظ بمفكرة نفسية للذات يُعدّ بمثابة واجب بيتي يومي يؤثر في سلوكية الفرد تأثيراً إيجابياً علاجياً. وإذا افترضنا أن حالة الشخص تفاقمت، فإن مدخلات المفكرة النفسية هذه ستكون أفضل دليل للمعالج فيما بعد، كما أنها تختصر كثيراً من الجهد وتوفر مزيداً من الوقت.

كن متفائلاً Taking an Optimistic View:

يعرِّف القاموسُ التفاؤلَ بأنه (الميل إلى توقّع أحسن ما يمكن أن يتأتى).

وفي كتابهما اللذات السليمة: Healthy Pleasures، عرّف روبرت أورنشتاين Robert Ornstein ودافيد سوبل David Sobel، التفاؤل تعريفاً سيكولوجياً بأنه: (الميل إلى البحث عن، واستذكار، وتوقع الخبرات السارّة. فله الأولوية الفعالة لدى الشخص. أنه ليس مجرد فعل إنعكاسي يحفزنا أو يدفعنا للنظر في الجانب المشمس).

فعندما تحدث خبرات رديئة للمتفائلين، فإنهم أميل إلى اعتبارها مجرد أحداث عابرة ومؤقتة لن تلبث أن تزول. فهم ينظرون إلى تصاريف الحياة السلبية بأنها أمور طبيعية لا يمكن أن تخطىء أي شخص، وأنها سرعان ما تنقشع، وأنها لن تطول.

ما من إنسان يولد متفائلاً أو متشائماً. بل هي تجارب يكتسبها الإنسان من مجريات الحياة. ففي كتابه: **التفاؤل المكتسب**: مهارة لقهر عقبات الحياة، كبارها وصغارها: The Skill To Conquer Lifess Obstacles, Large and Small، كتب النفساني مارتن سليجمن Martin Seligman، يقول: (لدينا الخيار في أن نفكر. لذلك نستطيع أن نغير عادات التشاؤم Pessimism إلى عادات تفاؤل Optimism. والتفاؤل مجموعة من المهارات، ما إنْ يتعلمها المرء حتى تستمر معه عادة له مدى الحياة، لأنه يستمرئها. فهو يستخدمها على وجهها السليم لأنها له نافعة.

تحلَّ بروح المرح Cutivating Humor

المرح Humor وروح المزحة هما الآخران عاملان مهمان يمكناننا من التعبير عن مخاوفنا وعن مشاعرنا السلبية لكي لا تسبب لنا منغصات ولكي لا نكون لغيرنا مزعجين. فروح المرح أسلوب آخر يمكننا من التغلب على مصاعبنا ومتاعبنا، وهو في الحقيقة طريقة تساعد رفع كفاءة البدن. ومنذ آلاف السنين خلت، كان الملك سليمان King Solomon، قد صرّح قائلاً: (القلب المسرور السيد المرح، شأنه شأن الدواء الناجع، ينشأ عنه الخير كل الخير، أما الروح Spirit المنكسرة فتنخر في العظام). فالمزحة والضحك دائماً يعبّران عن الانفعالات الصادقة ويدحران الحزن والشك.

كل تحيات الحياة لا ينبغي للمرء أن يحاول حلها بمفرده، وكلما حاول الفرد أن يبني لنفسه علاقات وأن يكوّن لذاته صداقات استطاع أن يحل ما يتعرض له من مشكلات، بل إنه يجد حلّها عليه أيسر. وإن الأشخاص الذين لديهم روابط بغيرهم يشعرون دائماً أنهم أصحاء جسمياً ونفسياً. والعلاقات الاجتماعية القويمة تمنح الفرد معنى الهدف ومعنى الحياة ومعنى الصداقات. فتجعل المرء يحس بقيمته في عين ذاته، وهذا الإحساس له جدوى علاجية في الوقت نفسه. وهناك عدد كثير من الدراسات المتحرزة التي أجريت في هذا المجال فتبين أن للإنعزال والعزلة عن الحياة الاجتماعية خطورة كبرى تؤدي إلى اعتلال الصحة والموت. وتبين أن الأفراد ذوي العلاقات الاجتماعية القليلة قد تجاوز عدد الوفيات بينهم بمقدار مرتين إلى أربع مرات عدد وفيات أولئك الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية أوسع.

فالإنطلاق بالذات نحو الخارج عنصر بالغ الأهمية. فالغيرية والإيثار يرفعان من مقدار الإحساس باعتبار الذات وقيمتها. ومن شأنهما أن يخففا من المتاعب الجسمية ومن الضغوط النفسية. وأن الإحساس بالهدوء والتحرر من الضغوط النفسية من شأنهما أن يفضيا إلى:

1 ـ ازدياد الطاقة والحيوية،

2 ـ الإحساس بالدفء النفسي وحرارة العواطف،

3 ـ ازدياد الإحساس بقيمة الذات،

4 ـ التقليل من المضايقات والآلام.

كل تلك الجوانب قد كشفت عنها دراسات دقيقة. كما وجد نتيجة للدراسات المتحرزة أن الانتساب إلى الروح الاجتماعية والانضمام إلى الجماعات الخيرية كلها عوامل ذات نتائج علاجية إلى حد كبير.

مواجهة الضغوط النفسية

رغم حقيقة أن الضغوط النفسية هي الخطر الحقيقي الذي يهدد كيان

الفرد الانفعالي والجسمي، لكن المهم في الأمر بل الأكثر أهمية هو ليس الطبيعة الخاصة بالمشكلة وإنما كيف يتصدى الفرد لها وكيف يتعامل معها. وأفضل سبيل للتعامل مع الضغط النفسي هو أن نتصدى لها وفي ذهننا ما يعنيه المصطلح في اللغة الصينية، فهي تستعمله بمعنيين:

1 ـ أحدهما يعني خطير Danger،

2 ـ وفي المعنى الثاني يعني فرصة Opportunity، أو مناسبة.

وقد وجدت النفسانية سوزان كوباسا Suzanne Kobasa وهي المؤلفة المشاركة في كتاب: **التنفيذ الصعب: الصحة تحت وطأة الضغط** The Hardy Executive: Health Under Stress، وجدت أن بعض الناس بطبيعة تكوينهم هم مقاومون للضغط Stress-Resistent. فهم، وإن كانوا يقعون تحت وطأة الضغط كغيرهم من الناس الآخرين، غير أنهم لا ينحنون تحت شدة الضغط ولا تلين لهم قناة تحت وطأة الشد Strain، ونجد أن كوباسا تعزو ذلك إلى ثلاثة عوامل تسميها الإلتزامات تجاه النفس Commitment To Self، والالتزامات الثلاثة هذه هي:

1 ـ العمل، Work،

2 ـ الأسرة، Family،

3 ـ قيم أخر Other Values.

وهذه تترتب عليها التزامات نحو الذات أخرى هي:

1 ـ سيطرة هؤلاء الأفراد على ظروف حياة، قناعة منهم بأنهم بمقدورهم الهيمنة على مقدّراتهم.

2 ـ إحساسهم بالتغيير إلى الأفضل.

3 ـ سنوح الفرص إلى الأحسن.

وتمر بالإنسان أحياناً مناسبة تجعله يتحسس أن هناك ضواغط Stressors، وهذا التحسس يحمله على أن يتحصن ليقاوم الضغط.

وصف النفساني دافيد الكند David Elkind ثلاثة مواقف يومية ضاغطة:

1 ـ ضغوط يمكن التكهن بها والتنبؤ بقربها فيمكن تفاديها: مثال ذلك تأخر الإنسان في إنجاز مشروع محدد ولا يستطيع أن ينفّذه في الموعد المعيّن.

2 ـ ضغوط لا يمكن التكهن بها ولا يمكن تفاديها: وهذه تتراوح بين ضغوط كبرى كحصول حادث من نوع ما وغير متوقع، إلى ضغوط صغرى كحدث تأخر الطائرة عن موعد الإقلاع.

3 ـ ضغوط منظورة ولكن لا يمكن تحاشيها: كأن تضع في حسابك وفي اعتبارك تأخر سيارة الأجرة عليك ولديك موعد مهم، ولكنك مضطر أن تنتظرها لالتزامك مع سائقها.

الاسترخاء المتواصل Relaxation

استرخاء العضلات بشكل متواصل يجلب للجسم استعادة النشاط وللنفس الراحة. وفيما يلي الإرشادات الضرورية لذلك:

1 ـ إجلس بهدوء وبوضع مريح.
2 ـ إغمض عينيك.
3 ـ إرخِ عضلاتك إلى أقصى حد تستطيعه.
4 ـ تنفس بشكل عميق من أنفك فقط.
5 ـ استمر على ذلك كله لمدة عشر إلى عشرين دقيقة.
6 ـ لا تفرك ولا تقلق حول ما إذا كنت قد حققت استرخاء عميقاً أم لا.
7 ـ إمنح القلق وقتاً ليأخذ دوره ويؤدي مفعوله.
8 ـ كن واثقاً من النتائج.
9 ـ عاود العملية يومياً.
10 ـ أطرد من ذهنك ومن ساحة عقلك أي توتر.

مواجهة الضغوط أيضاً

الاستبصار Visualization

يسمى الاستبصار أحياناً التصور الموجّه Guided Imagery، وهو مهارة

ناجحة لمواجهة الضغوط النفسية. وأنت تستخدم خيالك Imagination، تستطيع أن تستحدث صوراً عقلية من شأنها، أن تهدئك وأن تركّز فكرك على ما تريد. وفيما يلي بعض التعليمات التي تساعد على الاستبصار:

1 ـ إجرس أو استلقِ في وضع مريح، واخلع حذاءك، وملابسك راخية.

2 ـ تنفّس بعمق بحيث تملأ صدرك بالهواء.

3 ـ ردد مع نفسك كلمة محببة إليك أو عبارة تحفظها (البعض يردد الصلاة).

4 ـ إبدأ بإرخاء عضلاتك مبتدئاً من الرأس تنازلاً.

5 ـ تصوّر لنفسك مكاناً تحبه وركّز عليه وتصوّر نفسك أنك فيه.

6 ـ مارس هذه العملية لمدة عشر إلى عشرين دقيقة كل يوم.

التأمل Meditation

هذا النوع من الإجراء كان الناس في الحقيقة قد مارسوه منذ عصور. وقد مارسوه بأشكال عديدة. فمنه اليوغا Yoga ومارسها الشرقيون منذ عصور مضت، ومنها الصمت لمدة طويلة وهي ما يمارسها الآن الكويكرز Quakers في الوقت الحديث. وهنا بعض التعليمات لممارسة التأمل:

1 ـ تنفّس ثلاث مرات، ودع النفس يرتفع من البطن إلى الصدر.

2 ـ اطرد الزفير من الفم ببطء.

3 ـ تصور أن فوق رأسك خيط من شعاع أبيض.

4 ـ تصور أن هذا الشعاع يصب شيئاً تدريجياً فوق رأسك.

5 ـ تصور أن عضلاتك تستند إلى شيء من الشعاع الأبيض.

6 ـ دع الشعاع ينزل رويداً رويداً من فوق رأسك إلى كتفيك ثم إلى ذراعيك... الخ.

7 ـ استمر على التنفس بعمق وببطء.

8 ـ وأثناء تسرب الشعاع إلى رأسك وسائر جسمك أطرد من رأسك كل ما هناك من توتر.

فعلى المرء أن يتمتع بحصافته وبحصانته ليحول دون تراكم المشاكل.

والاستراتيجيات الموصوفة في هذا الفصل يمكن أن يجدي نفعها على وجه أفضل فيما إذا استخدمت كوسائل لصيانة الصحة العقلية، ويكون مفعولها أجدى لو أنها استعملت باستمرار وليس فقط وقت الأزمات الظرفية وحينما تجد الضغوط النفسية. وكلها تنبع من المبدأ الأساسي وهو: الأهمية اللازمة لك للعناية الجيدة بنفسك. فأنت مثلاً تستطيع:

1 ـ أن تتروى في مضغ طعامك.

2 ـ أن تتأنى في الاغتسال بحمامك.

3 ـ أن تتمتع ببعض وقتك.

4 ـ إذا لم تتوفر لك عطلة نهاية الأسبوع فيمكنك الاستمتاع بأي يوم آخر سواه.

5 ـ تجنب السرعة والاستعجال وتحاشى التوتر.

6 ـ إبحث عن الفعاليات السارة وشارك فيها.

7 ـ تأمل المنظر الجميل كمنظر غروب الشمس مثلاً.

8 ـ أكتب مذكراتك.

للصحة العقلية غرض أسمى ذلك بأنها يمكن أن تفضي إلى السعادة.

والسعادة ليست:

1 ـ بالثروة،

2 ـ ولا بالجاه،

3 ـ ولا بالجمال.

فهي لا يمكن تعريفها تعريفاً علمياً. ولا يمكن دراستها كظاهرة علمية. ولكن كل ما تم لها من تعريفات إنما هي محاولات. لذلك فإن النفساني دافيد مايرز David Myers، في كتابه: **ملاحقة السعادة: من هو السيد ولماذا،** Pursuit Of Happiness: Who is Happy-Why عرف السعادة بأنها (الإحساس بالراحة، والشعور بأن الحياة ككل سائرة على ما يرام).

مسرد انجليزي ـــ عربي
بأهم المصطلحات الواردة في الكتاب

abreaction Release of previously repressed emotions after recall of a painful experience.	تنفيس، تفريغ الشحنة الانفعالية
Acetycholine A **neurotransmiter** in the brain that helps to regulate memory. (See also **anticholinergic; cholinergic.)**	أسيتيكولاين، مادة في المخ تنظم الذاكرة
Acquaintance rape Rape by a person known to the victim.	إغتصاب معروف لدى الضحية
acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) An incurable illness in which the **human immunodeficiency virus (HIV)** suppresses the body's immune system, resulting in vulnerability to a variety of «opportunistic» infections and diseases. AIDS is transmitted by direct exposure to the virus in blood, semen, or vaginal secretions; by an infected pregnant woman to her child before or during birth; or to an infant through breast milk.	مرض نقص المناعة، مرض الإيدز
acting out Expressing feelings through maladaptive actions rather than words.	الإعتداء بالفعل، الاعتداء جسدياً
addiction A behavioral pattern characterized by compulsion, loss of control, and continued repettition of a behavior or activity in spite of adverse consequences.	إدمان
adjustment disorder The abnormal persistence of otherwise normal emotional or behavioral symptoms after a stressful event or trauma.	اضطراب تكيفي
adrenaline See **epinephrine**.	أدرينالين
adrenergic Pertaining to the neurotransmitter **epinephrine** (adrenaline).	استجابة أدرينالية
aerobic exercise Physical activity in which oxygen is continually supplied to the body to meet increased demands.	تنشيط بالأوكسجين
affect External expression of emotion, feeling, or mood that accompanies a thought.	أثر، تأثير

aftercare Rehabilitation and other therapies after hospitalization to help an individual adjust to a new environment and to prevent relapse.	عناية بعدية
aggression Forceful behavior with intent to dominate; physical or verbal force directed toward the environment, another person, or oneself.	عدوان، اعتداء
agitation Excessive physical activity, usually associated with tension, such as an inability to sit still, fidgeting, pacing, or wringing of hands.	هيجان، تهيّج
agoraphobia Fear of open spaces, leaving a familiar place (e.g., one's home), or being in places or situations in which escape may be difficult or embarrassing or where help may not be available.	خوف من الأماكن المفتوحة، وهاب من الأماكن الفسيحة
AIDS See **acquired immunodeficiency syndrome.**	مرض الإيدز
AIDS dementia A rapidly progressive **dementia** in individuals with **acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)**.	خبل أو عته ناجم عن مرض الإيدز
akathisia Uncontrollable motor restlessness and movement, commonly a side effect of certain medications.	حركة عشوائية
akinesia A state of reduced movement.	فقدان وظيفي للحركة من غير خلل واضح
Al-Anon An organization utilizing a **twelve-step program** for relatives of alcoholics.	نظام الأنون، برنامج للتخلص من إدمان الكحول
Alateen An organization utilizing a **twelve-step program** for teen-age children of alcoholic parents.	
alcohol dependence Alcohol use characterized by **tolerance** or development of **withdrawal** symptoms when alcohol intake is reduced or eliminated. (Also called **alcoholism**.)	إدمان الكحول
alcoholic An individual who loses control over use of alcohol and develops the characteristic symptoms of **alcoholism**. (See also **Type 1 alcoholic** and **Type 2 alcoholic**.)	مدمن الكحول
Alcoholics Anonymous (AA) A worldwide organization that developed the first **twelve-step program** for alcoholic persons based on group support.	جماعة المساعدة على التخلص من إدمان الكحول

alcoholism A chronic, progressive, potentially fatal disease characterized by **physical dependence** on alcohol, **tolerance** to its effects, and **withdrawal** symptoms when consumption is reduced or stopped. — الكحولية، مرض إدمان الكحول

Alzheimer's disease An age-related, irreversible **dementia** in which gradual deterioration of mental capacity is caused by progressive degenerative changes in the brain, especially in the cortex and basal forebrain; characterized by memory loss, personality changes, and increasing inability to function. — مرض الزهايمر

amenorrhea Absence or abnormal cessation of menstruation. — انعدام الطمث، انقطاع العادة الشهرية لدى المرأة

amnesia Permanent or temporary loss of memory. — فقدان الذاكرة

amnestic disorder A **cognitive** disorder characterized by impaired memory and the inability to learn new information or recall previous knowledge. — اضطراب الذاكرة

amphetamines A group of stimulant chemicals often misused in order to overcome fatigue, induce **euphoria**, reduce appetite, or increase energy. — أمفيتامين، منبهات كيماوية

analgesics Medications that relieve pain without inducing a loss of consciousness. — انالجسيك، عقاقير طبية

analysis A common synonym for **psychoanalysis**. — تحليل وبخاصة في علم النفس

anhedonia The inability to experience pleasure; a loss of interest in once-pleasurable activities. — عزوف، عياف، عدم الإكتراث

anorexia nervosa An **eating disorder** in which refusal or inability to maintain normal food intake leads to malnutrition, severe weight loss, medical complications, and possibly death. — إباء الطعام، فقدان الشهية للطعام.

anorgasmia The inability to achieve **orgasm**. — فقدان الإحساس باللذة

Antabuse (disulfiram) An aversive drug used in the treatment of **alcohol dependence** that induces unpleasant symptoms (e.g., skin flushing, pounding heart, shortness of breath, nausea, and vomiting) when alcohol is consumed. — مقرّف، صارف عن إدمان الكحول

antagonists Agents that limit or prevent the action of another substance. — متضادات

anticholinergic Impeding the action of the neurotransmiter **acetylcholine**. Anticholinergic side effects of certain antipsychotic, tricyclic antidepressant, and antiparkinson drugs include dry mouth, constipation, and blurred vision.

أنتكولينرجك

antidepressants Drugs developed primarily to treat and relieve symptoms of **depression**.

مضادات الاكتئاب وعلاجه

antihistamines Drugs used to treat allergic reactions and some cold symptoms; sometimes used as sleep aids because they may cause drowsiness, They work by inactivating histamine, a substance found in body tissues that plays a role in allergic reactions.

أنتهستامين، عقاقير مضادة للحساسية

antipsychotics Drugs used to treat the severe distortions in thought, perception, and emotion that characterize **psychosis**, (Also called neuroleptics).

عقاقير مضادة للذهانات

antisocial behavior Actions performed without regard for another's rights, person, property, or for societal norms.

سلوك مضاد للمجتمع، سلوك لا إجتماعي

anxiety Apprehension or uneasiness about an anticipated danger. Anxiety may be a normal reaction to danger or threat, or occur when no such danger exists and cause troubling symptoms.

قلق

anxiety disorders A group of conditions characterized by **anxiety** affecting an individual's personal or work life, relationships, or emotional well-being. According to the **DSM-IV**, these disorders include **agoraphobia**, specific (simple) **phobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, acute stress disorder, generalized anxiety disorder**, mixed anxiety-depressive disorder, secondary anxiety disorder due to a general medical condition, and substance-induced anxiety disorder.

اضطرابات القلق

anxiolytics Drugs that reduce **anxiety**.

أنكسيولايتكس، عقار خافض لحدة القلق

apathy Indifference, or lack of feeling, emotion, or interest.

تبلّد، لا مبالاة، برود عاطفي إزاء الغير

aphasia Impairment of the ability to use or to understand words, usually due to organic brain disease or trauma.

حبسة، احتباس الكلام، العجز عن فهم الكلام

apnea See **sleep apnea**. — البهر، انقطاع النفس، احتباس التنفس

assertiveness The ability to be open and direct in expressing needs, feelings, and rights. — ثقة بالنفس، توكيد

assertiveness training A form of **behavioral therapy** that teaches individuals to express feelings and thoughts honestly and directly. — تدريب على استعادة الثقة بالنفس

attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) A mental disorder that usually develops before the age of seven, and is characterized by limited attention span, overactivity, restlessness, distractibility, and impulsiveness. — اضطراب قلة زيادة الانتباه

atypical depression A form of major depression characterized by symptoms other than those usually associated with **depression** (e.g., increased appetite, weight gain, and sleeping more than usual). — اكتئاب غير اعتيادي، اكتئاب شاذ عن وضعه كأن تصحبه شهية زائدة للطعام وزيادة في الوزن ونوم أكثر من المعتاد

autistic disorder A developmental disorder that manifests itself in infancy or early child-hood, and sonsists of severe impairment of social interaction and communication, behavior, and normal activity; thought to be neurophysiologic in origin. — اضطراب إجتراري، إضطراب إنشغال بالذات

aversion therapy Treatment to overcome **substance dependence** or a bad habit by making the affected person feel disgusted or repelled by the behavior. — علاج تنفيري

avolition Lack of will, intiative, or motivation; one of the **negative symptoms** of **schizophrenia**. — نقص الإرادة، إنحسار الإرادة

barbiturates A class of sedating drugs that depress the central nervous system. — حامض البربيتوريك مهدّيء للجهاز العصبي

behavior modification A method of changing behavior or eliminating a symptom by rewarding desired behavior and punishing unwanted behavior. — تحوير السلوك، تغيير السلوك

behavioral therapy A form of treatment that aims to change behavior by means of **system atic desensitization, behavior modification**, or **aversion therapy**. — علاج سلوكي

benzodlazepines A group of drugs used as anti-anxiety agents or **sedatives**.

بينزوديازيباينز، عقاقير مهدئة للقلق

beta blocker An agent that halts or inhibits the action of the beta-adrenergic receptors in the nervous system, which affect the blood vessels, heart, and lungs; in psychiatry, used most often in the treatment of performance anxiety.

عائق - بيتا، مانع - بيتا

binge eating Uncontrollable eating of an amount of food significantly larger than most people would consume during a given period of time.

الأكل بشراهة، اضطراب يؤدي إلى الأكل بإفراط

biofeedback A technique, initially with the aid of an external monitoring device, of becoming aware of internal physiological activities so as to develop the capability of controlling them.

غازي حيوي، منبه حيوي بوجود اضطرابات جسيمة

bipolar disorder According to the **DSM-IV**, a **mood disorder** characterized by recurrent, alternating episodes of **depression** and either **mania** or **hypomania**, (Formerly called manic depression; see also **cyclothymic disorder**.)

اضطراب ثنائي، اضطراب مزدوج متزامن

bisexuality Sexual attraction to, and relationships with, people of both sexes.

جنسية ثنائية

blood alcohol concentration (BAC) The amount of alcohol in the blood, expressed in terms of a percentage and used as an indicator of intoxication. The U.S. Department of Transportation considers that a person with a BAC of 0.08 percent can be cited for drunken driving; a BAC of 0.05 percent is a level usually reached after one or two drinks.

زيادة نسبة الكحول في الدم، تكاثف الكحول في الدم

body dysmorphic disorder A **somatoform disorder** characterized by a preoccupation with an imagined defect in appearance.

اضطراب تشوّه الجسم، إضطراب نفسي سببه تشوهات جسمية

brain imaging Techniques used to visualize the structures and/or the functioning of the brain, including computed tomography (CT), positron emission tomography (PET), and magnetic resonance imaging (MRI).

تصور وظائف المخ بآلات خاصة بذلك

breathing-related sleep disorder A respiratory difficulty, such as **sleep apnea**, that interferes with sleep.

البهر، اضطرابات التنفس أثناء النوم

brief psychotherapy Any form of psychotherapy that is limited to a set number of sessions (Usually not more than twenty-five) and to specific objectives or goals.

علاج نفسي وجيز، علاج نفسي مختصر وقصير

bulimia nervosa An **eating disorder** Charaterized by recurrent episodes of binge eating followed by vomiting, purging with diuretics and laxatives, or other methods to control weight such as fasting or extreme exercise regimens. — الضور، الشره المرضي للأكل بدون أن يشبع المريض ثم يتقيأ ما أكل

burn-out A state of physical emotional, and mental exhaustion resulting from constant emotional pressure. — احتراق، إعياء جسمي وانفعالي نتيجة للضغط النفسي

cataplexy Sudden loss of muscular strength without loss of consciousness, typically triggered by an emotion such as anger or excitement. — فقدان حركة العضلات بشكل فجائي نتيجة صدمة انفعالية

catotania A motionless state, characterized by muscle rigidity or inflexibility, seen in states of extreme fear and in some types of **psychosis**. — تخشّب

catharsis The therapeutic release of emotions through talking and expressing feelings. — تطهير، إطلاق الطاقة الإنفعالية

cerebral hemorrhage Bleeding in the brain caused by rupture of a blood vessel. — نزيف مخي، نزيف نتيجة انفجار أحد الأوعية المخية

cholinergic Pertaining to the neurotransmitter **acetylcholine**. — كولاينرجيك

Chromosomes Microscopic structures within the cell nucleus that carry the **genes**. The normal human cell contains forty-six chromosomes, twenty-two of them paired and two, the X and Y chromosomes, dependent on the individual's sex. A female has two X chromosomes and a male has one X and one Y. — كروموسومات

chronic Persisting over a long period of time or recurring frequently. — دائم، مزمن، مستمر

codependence An emotional and psychological behavioral pattern by the spouses, partners, parents, or friends of individuals with addictive behaviors that «enables» these individuals to continue their destructive habits. — إتكال على، اعتماد على، تواكل تدميري

cognitive Pertaining to the mental processes of thinking, understanding, perceving, judging, remembering, and reasoning, in contrast to emotional processes. — معرفي

cognitive-behavioral psychotherapy A short-term of psychotherapy whose goal is to enable the individual to recognize and change specific conditions or symptoms, based — علاج نفسي سلوكي - معرفي

on the **complex** interrelation of thoughts and behavior.

commitment A legal process for the admission of a mentally ill person to a psychiatric treatment program. Commitment may be voluntary or involuntary; the procedure varies from state to state.	التزام
comorbidity The coexistence of two or more illnesses in an individual.	تزامن مرضي، وجود مرضين في آن واحد لدى الفرد
compulsion A repetitive behavior (e.g., hand washing) or repetitive mental process (e.g., counting) that serves no rational purpose.	إستحواذ
conduct disorder A persistent disruptive behavior disorder in children marked by repeated violations of the rights of others or of societal rules and norms.	اضطراب التصرف، اضطراب السلوك
confidentiality The ethical principle that forbids a therapist to reveal information disclosed by a patient during the course of treatment.	كتمان، سرية، تكتم
consciousness The aspects of mental functioning of which we are aware.	شعور، وعي
contract An explicit agreement between an individual and a therapist to follow a certain course of action.	تعاقد، اتفاق
conversion disorder A **somatoform disorder** in which a person develops a symptom suggestive of a neurologic disorder that cannot be fully explained by any medical condition, ans is severe enough to impair functioning or require medical attention.	اضطراب تحولي
coping mechanisms Ways for dealing with **stress**.	ميكانزمات مواجهة، أوليات تصدي
counseling A general term for any interaction in which a person, who may or may not be a mental health professional, offers guidance or advice to another.	بإرشاد
countertransference The **projection** of a therapist's emotions, wishes, and thoughts onto a client. (See also **transference**.)	طرح مضاد

couples therapy See **marital therapy**. علاج الزوجين

crisis intervention Emergency action to address a threat of suicide, violence, or similar urgency; also, a form of **brief psychotherapy** that focuses on a specific emotional trauma. تدخل في الأزمة لدى المريض

cross-addiction A state of **physical dependence** in which the physiologic need for one **psychoactive** substance leads to dependence on similar substance. تقاطع الإدمان، تحويل الإدمان الأصلي إلى إدمان شيء آخر أصلح للمريض

cross-tolerance The capacity to tolerate the effects of a **psychoactive** substance similar to another substance for which a **tolerance** has already developed. تقاطع الاحتمال، التحويل من حالة إلى حالة

cyclothymic disorder As described in the **DSM-IV**, a **bipolar disorder** charaterized by **hypomanic** episodes and frequent periods of depressed mood or loss of interest of pleasure. اضطراب دوري

defense mechanism Any of several mental processes that work unconsciously to enable a person to cope with a difficult situation or problem, such as a major loss or trauma. مكنية دفاعية

delirium A **cognitive** disorder charaterized by impaired consciousness and attention, and by changes in thinking or other mental processes. هذيان

delirium tremens (DTs) The **delusions, hallucinationhs,** and agitated behavior that can follow **withdrawal** from long-term chronic alcohol abuse. هذيان إرتعاشي

delusion A false belief regarding the self or the world that a person persistently holds despite clear evidence to the contrary. الهذاء، الوهم

delusional disorder A psychotic disorder characterized by persistent false beliefs that involve the self, other persons, or situations in real life, (See also **paranoia**.) اضطراب هذائي، اضطراب توهمي

dementia A **cognitive** disorder characterized by impaired memory, language, thinking, and perception. الخبل، العته

denial A **defense mechanism** that enables a person to disclaim the existence of a behavior, thought, need, feeling, or desire that would be unendurable to acknowledge. الإنكار

dependence, substance See **substance dependence**. إدمان

dependent personality disorder A condition characterized by an extreme lack of self-confidence a continuing need to have others assume responsibility for one's life, and fear of اضطرابات الشخصية الاتكالية

separation.

depersonalization A strong sense of detachment from and unreality about the self, as if observing one's body or mental processes from the outside. — تفكك الشخصية، اللاشخصانية

depersonalization disorder A dissociative disorder characterized by persistent or recurrent feelings of unreality and being detached from one's self. Occasional experiences of **depersonalization** are common; the diagnosis of depersonalization disorder is considered only when such episodes occur repeatedly and cause significant distress or impaired functioning. — اضطراب تفكك الشخصية، اللاشخصنة

depression A term that describes feelings of sadness, discouragement, and despair. It can be a normal and transitory reaction to events in a person's life, a symptom occurring in various physical and mental conditions, or a mental disorder in itself. The mental disorder involves slowed thinking, decreased pleasure, feelings of guilt, hopelessness, despair, and helplessness, and problems in eating and sleeping. — اكتئاب

depressive disorders A group of mood disorders that includes **major depressive disorder** and **dysthymic disorder**. — اضطرابات اكتئابية

derealization A feeling of detachment from one's environment, causing a person's perceptions of objects, other people, or time to be distorted. — الانفصام عن الواقع، الانفصال عن الواقع

detoxification A process that eliminates dependence producing substances such as alcohol or addictive drugs from the body, usually combined with medication and supportive care. — التخلص من الإدمان، إنقاذ من الإدمان

disorientation Loss of awareness of one's relation to space, time, or other persons. — فقدان الوعي بالزمان، أو المكان، أو المجال

displacement A **defense mechanism** by which feelings are redirected from their true object to a more acceptable substitute. — الإزاحة، الإبدال، الإحلال

dissociation The separation of some mental processes from conscious awareness; any altered form of consciousness that changes the sense of self or the ability to integrate memories and perceptions. — تفكك

dissociative identity disorder A condition in which two or more distinct personalities coexist in a single individual. (Formerly called multiple personality disorder; renamed in the **DSM-IV**.) — اضطراب الذات المتفككة، اضطراب تفكك الذات

distractibility The inability to sustain attention or the tendency to shift focus from one activity or topic to another. — تشتت الانتباه

Down syndrome A form of congenital mental retardation of varying degrees of severity, sometimes accompanied by physical malformations, caused by a chromosome abnormality. (Also called trisomy 21; formerly called mongolism.) — زملة داون، عرض داون، المنغولية

drive A basic instinct or urge. — دافع

drug dependence Habituation to, abuse of, and/or **addiction** to a chemical substance. — إدمان العقاقير

drug interaction A change in the way the body reacts to a drug when two or more drugs are taken simultaneously. — رد فعل الجسم إلى العقاقير

dual diagnosis The simultaneous occurrence of a psychiatric disorder and a substance use disorder in the same individual at the time of diagnosis. — تشخيص مزدوج، تشخيص ثنائي

dysfunctional family A family characterized by negative and destructive patterns of behavior between the parents or among parents and their children. — اختلال أُسري

dyskinesia Any disturbance of movement. — اضطراب الحركة، اختلال الحركة

dyssomnias A major subgroup of **sleep disorders** distinguished by problems in the amount, quality, or timing of sleep. — اضطراب النوم

dysthymic disorder A **depressive disorder** characterized by a chronically depressed mood. Symptoms include feelings of inadequacy, hopelessness, and guilt; low self-esteem; low energy; fatigue; indecisiveness; and an inability to enjoy pleasurable activities. — اضطراب اليأس والقنوط، اضطراب اكتئابي

eating disorders Unsual and often dangerous patterns of food consumption, including **anorexia nervosa** and **bulimia nervosa**. — اضطرابات الأكل

ego In Freudian theory, one of the three divisions of the **psyche**; a person's consciousness of awareness of self. — الأنا

ejaculation The expulsion of semen from the penis.	القذف
electroconvulsive therapy (ECT) The administration of a trolled eclectrical current into the brain, through electrodes placed on the scalp, that induces a convulsive seizure which can be effective in relieving certain mental disorders, such as an episode of major **depression.** Not to be confused with older, less effective forms of such treatment (See **shock treatment.**)	العلاج الحشوي بالكهرباء
emotional health The state of being able to express and acknowledge one's feelings and moods. (See also **mental health.**)	الصحة الانفعالية
encopresis An elimination disorder in which a child of at least four years of age repeatedly passes feces in inappropriate places (e.g., clothing, floor).	عدم التحكم في التبرز (عند الأطفال خاصة)
endocrine disorder A disturbance in the function of any of the hormone-producing glands and tissues of the body.	اضطراب غدي، اضطراب الغدد
endocrine system The network of glands and tissues that produce **hormones** and secrete them directly into the blood for transport to target organs.	جهاز الغدد
endorphins Chemical substances produced by the brain that have mood-elevating and painkilling properties.	أندوبرين
erogenous Sexually sensitive.	حساسية جنسية. مناطق اللذة الجنسية، شبقية
estrogen The sex **hormone** that plays a major role in the development and maintenance of female secondary sex characteristics.	مادة الأستروجين الهورمونية
etiology Cause, particularly of a disease.	تاريخ المرض وأسبابه
ethyl alcohol The intoxicating agent in alcoholic beverages. (Also called ethanol.)	
euphoria An exaggerated feeling of physical and emotional wellbeing.	انتشاء، نشوة
exhibitionism A **paraphilia** characterized by the urge to expose one's genitals to a stranger.	الاستعراضية، الاستعرائية (شذوذ سلوكي)
factitious disorder A condition characterized by intentional production of feigning of physical or psychological symptoms in order to assume the sick role.	إضطراب مصطنع

fetal alcohol syndrome (FAS) A group of irreversible, congenital abnormalities caused by maternal alcohol consumption during pregnancy characteristics include small head, small size, and mental retardation due to impaired brain development; other malformations may also be present. In milder forms of FAE, called fetal alcohol effects (FAE), the newborn may have low birth weight, irritability, and mental impairment. | التناذر الكحولي القتّال

fetishism by urges involving the use of objects (fetishes), such as underclothing or shoes, to obtain sexual gratification. | الفتيشية، استخدام ملابس الجنس الآخر بقصد

flashback Reexperiencing of a traumatic event. | الإشباع الجنسي

flooding (implosion) A **behavioral therapy** in which triggers of extreme **anxiety** (e.g., taking and elevator or flying on an airplane) are confronted directly, either in imagination or in actuality. | الإغراق، علاج سلوكي

fragile X syndrome A common form of inherited mental retardation, caused by an abnormality in the X chromosome. | تناذر اكس الهش

free association In psychoanalytic therapy, the spontaneous, uncensored expression of what ever comes to mind. (See also **psychoanalysis**.) | التداعي الحر

Frotteurism A **paraphilia** consisting of recurrent, intense sexual urges to touch or rub against a nonconsenting person. | الاحتكاكية

fugue A **dissociative identity disorder** marked by sudden, unplanned travel away from one's environment, together with an inability to recall the past and often the assumption of a new identity. | هروب، شرود، تشرد

gender Maleness or femaleness, as determined by a combination of anatomical, physiological, and psychological factors and learned behaviors. | جنس (ذكر أو أنثى)

generalized anxiety disorder (GAD) An **anxiety disorder** characterized by unrealistic or excessive apprehensiveness and worry about life circumstances, which persists for a period of at least six months and interferes with normal functioning. | اضطراب القلق العام

genes The biologic units of heredity, located on the **chromosomes**, that are the transmitters of genetic information. | جينات

geriatric psychiatry (geropsychiatry) A subspecialty of psychiatry concerned with the psychological aspects of aging and mental disorders of the elderly. — الطب النفسي الخاص بالشيخوخة

geriatrics The branch of medicine that focuses on the aging process, and problems and diseases of the elderly. — الطب الخاص بالمسنين

group psychotherapy The use of psychotherapeutic techniques by a therapist in a group setting. (See also **psychotherapy**.) — العلاج النفسي الجماعي

hair pulling See **trichotillomania**. — نتف الشعر، إقتلاع الشعر لأسباب مرضية

hallucination A perception of sound, sights, physical sensations, or smells that do not exist. — هلوسة

hallucinogen A chemical substance that produces **hallucinations** in the user. — مسبب الهلوسة

health A state of well-being, including physical, pshychological, spiritual, social, intellectual, and environmental elements. — صحة

heterosexuality Sexual attraction to, and relationships with, people of the opposite sex. — الاجتذاب نحو الجنس الآخر

history In a medical context, an individual's past and current health-related information collected during an interview by a health care professional. — تاريخ

homophobia Fear or dislike of homosexuals. — خواف الجنسية المثلية

homosexuality Sexual attraction to, and relationships with, people of the same sex. — الجنسية المثلية

hormones Substances secreted by the **endocrine system** that are released into the bloodstream and regulate a wide variety of crucial body functions. — هورمونات

human immunodeficiency virus (HIV) A retrovirus transmitted via body fluids-including blood, semen, vaginal fluids, and breast milk-that gradually destroys cells of the immune system so that it cannot effectively defend the body against other infections; HIV is the cause of **AIDS**. — فايروس نقص المناعة عند الإنسان

hyperactivity Excessive physical activity that may be purposeful or aimless. — زيادة الحركة، فرط الحركة

hypersomnia A **dyssomnia** characterized by prolonged sleep or excessive daytime drowsiness. — فرط النعاس. الإغراق في الوسن

hepertension High blood pressure. — ارتفاع ضغط الدم

hypnagogia The semiconscious state that immdiately precedes sleeps. — التغفيق، فترة الدخول في النوم

hypnosis A state of intense concentration that alters the way the brain processes perceptions and that makes an individual suggestible and accepting of instructions; of therapeutic value in breaking undesirable habits (e.g., smoking, overeating), in the treatment of certain disorders, and in alleviating pain. — تنويم

hypnotic A drug used to induce relaxation or sleep. — منوِّم، عقار يؤدي إلى الاسترخاء والنوم

hypomania A state of abnormal mood that falls between **euphoria** and **mania** and is characterized by unrealistic optimism, rapid speech and activity, and a decreased need for sleep. — شبه الهوس

id In Freudian theory, one of the three divisions of the **psyche**; the primitive part of the **unconscious**, composed of the unrestrained instincts for pleasure and survival. — الهو، الهي، الهذا

illusion Misperception of a real occurrence. — خداع

impotence The inability to achieve or maintain a penile erection and to engage in successful sexual intercourse. (Also called male erectile disorder.) — عنّة

impulse A sudden desire to act in a certain way to ease tension or feel pleasure. — دافع

impulse control disorders Disorders marked by the inability to resist and **impulse** or the temptation to perform an act that is harmful to self or to others. Problems of impulse control may occur as aspects of other mental disorders or as distinct conditions; among the latter are **Kleptomania, pyromania pathological gambling, trichotillomania**, and **intermittent explosive disorder**. — اضطرابات عدم السيطرة على الدوافع

incest Sexual relations, with or without intercourse, between two individuals who are related by blood too closely to contract a legal marriage. — جماع المحارم

informed consent Permission for a procedure or treatment given voluntarily by a person after he or she has been fully briefed about it and understands its nature and consequences; must always be obtained in writing. — موافقة شكلية، موافقة مطلوبة

inhalants Substances that produce vapors having **psychoactive** effects when inhaled. — مستنشقات

insanity An obsolete term for **psychosis**, used now in strictly legal contexts, such as the insanity defense. — جنون

insomnia A **dyssomnia** that consists of difficulty in falling of staying asleep. — أرق

instinct An innate drive. — غريزة

institutionalization Long-term placement of an individual in a hospital, nursing home, residential center, or other care facility. — ايواء في مصحة أو مستشفى

intermittent explosive disorder An **impulse control disorder** marked by discrete episodes of aggressive impulses that the individual is unable to resist, often resulting in serious assaults or the destruction of property. — اضطراب انفجارات انفعالية متقطعة

interpersonal psychotherapy A form of **brief psychotherapy**, originally developed for the treatment of **depression**, which focuses on relationship issues in order to help individuals improve their interpersonal and communication skills. — العلاج النفسي التفاعلي

interpretation The process by which a therapist encourages an individual to understand a particular problem. — تفسير، تأويل

intimacy A state of closeness between two people, characterized by the desire and ability to share their innermort feelings with each other in verbal and nonverbal ways. — تماس، توافق، تقارب

intoxication The acute physiological effects of overdosage with a chemical substance. — تسمم

intrapsychic Taking place within the **psyche**, or mind. — ضمن الذات

kleptomania An **impulse control disorder** characterized by theft of objects that are not needed for personal use or monetary value. — السرقة الاستحواذية، مرض السرقة

labile Rapidly changing, as applied to emotions; unstable. — سرعة التغير، سرعة التقلب

libido In a psychoanalytic context, the psychic drive usually associated with the sexual instinct.	الليبيدو، مستقر الطاقة النفسية
lifestyle An individual's way of life, as indicated and expressed by daily practices, interests, habits, and relationships.	نمط الحياة
lithium carbonate A naturally occurring mineral salt used to treat manic and depressive episodes and **bipolar illness**.	كاربونات الليثيوم
living will A written statement signed by a mentally competent individual that provides instructions for the use or withdrawal of life-sustaining procedures in the event of terminal illness or injury.	ارادة الحياة
love addiction Obsession with a romantic partner.	تسلط الحب، استحواذ الحب
magical thinking A conviction that thinking about something can make it happen.	تفكر خرافي
maintenance therapy The continuation of a treatment, whether **psychotherapy** or medication or both, to prevent relapse or recurrence of a mental disorder.	علاج تحسيني
major depressive disorder A **depressive disorder** characterized by depressed mood, loss of interest in pleasurable activities **(anhedonia)**, changes in sleep or appetite patterns, fatigue, difficulty in concentrating, feeling of worthlessness, and thoughts of death or suicide.	اضطراب اكتئابي رئيسي
malingering The deliberate production of false or exaggerated physical or psychological symptoms for the purpose of achieving a specific external objective, such as evading work of receiving insurance compensation.	تمارض، تصنّع المرض
mania A mood disturbance characterized by excessive elation, inflated self-esteem, **hyperactivity**, agitation and rapid and often confused thinking and speaking; may occur in **bipolar disorder**.	هوس
manic depression See **bipolar disorder**.	اكتئاب هوسي
masochism, sexual A **paraphilia** characterized by the urge to suffer at the hands of a sexual partner.	الماسوكية الجنسية. الإيلام الجنسي
masturbation Manual self-stimulation of the genitals, often leading to **orgasm**.	جلد عميرة، استمناء
meditation Any of a variety of thought-focusing approaches	تأمل، تفكير

that use breathing and other techniques to achieve relaxation, to achieve relaxation, to improve concentration, and to become attumed to one's inner self.

memory The process of remembering or recalling. — ذاكرة، الذاكرة

menopause The period of time over which menstruation diminishes and eventually stops; when cessation is complete, a woman can no longer conceive. — سن اليأس، توقف الطمث

mental disorder A behavioral or psychological condition or syndrome that causes significant distress, disability, disturbed functioning, or increased risk of harm or pain to one's self or others. — اضطراب عقلي

mental health A state of psychological and emotional wellbeing that enables and individual to work, love, relate to others effectively, and resolve conflicts. — صحة عقلية

mental status The level and style of a person's intellectual and psychological functioning, emotions, and personality. — حالة عقلية، وضع عقلي

mental status examination A process that evaluates psychological and behavioral functioning. — فحص الوضع العقلي

modeling A technique used in **behavioral therapy** in which a therapist performs a desired behavior that is then imitated by the patient; learning by imitation, raising the level of certain **neurotransmitters**. — نمذجة

mood disorders A group of disorders characterized by disturbances in mood; they include **depressive disorders, bipolar disorder**, and certain disorders caused by a general medical condition or substance use. — اضطرابات المزاج، اضطرابات مزاجية

multiple personality disorder See **dissociative identity disorder.**

Munchausen syndrome A chronic form of **factitious disorder** characterized by physical symptoms that may be totally fabricated or self-inflicted for the purpose of gaining admission to, or staying in, hospitals. — زملة منشوسن، عرض منتشوسن

narcissism Self-admiration or self-love; a tendency to over-estimate one's abilities and importance. — نرجسية، عشق الذات

narcolepsy A **sleep disorder** consisting of: irresistible attacks of sleep during the day; **cataplexy** (loss of muscle tone) typically associated with intense emotion; and recurrent intrusions of **REM sleep** into the transitional period between sleep and wakefulness. — نُوام

narcotic Any drug, natural or synthetic, that is derived from or has a chemical structure related to that of an **opiate**; relieves pain and alters mood; addictive. — ناركوتيك، عقار مهدي

negative symptoms. — أعراض سلبية

neuron Nerve cell; the basic unit of the nervous system. — عصب، عصبونة

neuroscience The study of brain and nervous system function and behavior. — علم الأعصاب

neurosis In common usage, psychological distress beyond what might be considered appropriate for the circumstances of a person's life. (Once also used to refer to psychiatric problems in which individuals remained in touch with reality, the term has been replaced by the terms for specific mental disorders as defined in the **DSM-IV**.) — عُصاب

neurotransmitters Chemicals found in the nervous system that function as messenger molecules by facilitating the transmission of impulses across the **synapses** between **neurons**. — نواقل عصبية

nicotine The addictive substance in tobacco. — نيكوتين

nightmare disorder Dream anxiety disorder; a **parasomnia** consisting of repeated awakenings from sleep because of extremely frightening dreams. — اضطراب الكوابيس

non-REM sleep (NREM sleep) Regularly occuring periods of quiet sleep, comprising about 75 percent of a night's sleep, during which body functions. — عدم وجود حركة سريعة للعين

nystagmus Abnormal eye movements. — الحركات غير الطبيعية للعينين، عدم تآزر الحركات في العينين

obesity The excessive accumulation of fat in the body; a condition of being 20 percent or more above ideal weight. — ترهل، زيادة الشحم في الجسم

obsession A recurrent, persistent, and senseless idea, thought, **impulse**, or image. — استحواذ، تسلط

obsessive-compulsive disorder Pain and produces a sense of well-being; addictive. — اضطراب قهري - وسواسي

oppositional defiant disorder A condition characterized by a pattern of negative, defiant, and hostile behavior that develops in childhood or early adolescence, lasts for at least six — اضطراب تحدي، اضطراب تمردي

months, and causes significant impairments in everyday functioning.

organic disease An illness that impairs function in an organ or tissue. مرض عضوي

orgasm Sexual climax. شهوة، ارتعاشة شهوية

orgasmic dysfunction The inability to achieve **orgasm** through physical stimulation. خلل وظيفي معطل للنشوة الشهوية

orientation Awareness of self in relation to time, place, and person. (See also **disorientation**.) توجّه

outpatient A person who is receiving ambulatory care or treatment at a hospital or other health facility without being admitted to the facility. مريض خارجي

over-the-counter (OTC) drugs Medications that can be legally obtained without a prescription. عقاقير مسموح بشرائها بدون وصفة طبيب

pain disorder A **somatoform disorder** characterized by persistent pain that causes marked distress or impairs functioning. اضطراب الألم

panic attacks Sudden, unprovoked, emotionally intense experiences of impending doom, fear of dying, «going crazy,» or losing control, marked by physical symptoms such as palpitations, dizziness, trembling, nausea, or shortness of breath. نوبات هلعية، نوبات فزع

panic disorder Recurrent **panic attacks**, at least one of which is followed by a month or more of persisting concern about having further attacks. اضطراب فزعي

paranoia A tendency to view the actions of others as deliberately threatening or demeaning; suspicious thinking based on misinterpretation of an actual event. ذُهان

paranoid ideation Suspiciousness about being harassed, persecuted, or unfairly treated. توهم بارانوي

paraphilias A major group of sexual disorders that involve recurrent, sexually arousing fantasies of various kinds; includes **exhibitionism, fetishism, transvestic fetishism, frotteurism, pedophilia, sexual masochism, sexual sadism**, and **voyeurism**. الشذوذ أو الإنحراف الجنسي

parasomnias A group of **sleep disorders** occurring during sleep or in the period between wakefulness and sleep, and more اضطراب النوم

prevalent in children than adults; includes **nightmare disorder, sleep terror disorder**, and **sleepwalking disorder**.

partial hospitalization A psychiatric treatment program for individuals who require hospitalization only during the day, overnight, or on weekends. — رقود أو استبقاء في المستشفى جزئي

pastoral counseling The application of psychological principles by members of the clergy to assist persons in their congregations who have emotional problems. — إرشاد روحي، إرشاد ديني

pathological gambling An **impulse control disorder** characterized by an intense preoccupation with gambling and oftendestructive behaviors to support the compulsion to gamble, which adversely affect the individual's personal, financial, occupational, and family life. — التعاطي المرضي للميسر، المقامرة المرضية

personality The characteristic way in which a person thinks, feels, and behaves. — شخصية

personality disorders A group of disorders marked by persistent, inflexible, maladaptive patterns of thought and behavior that develop in adolescence or early adulthood and signigicantly impair an individual's ability to function. The ten disorders in this group included in the **DSM-IV** are paranoid, schizoid. shizoptypal, antisocial, borderline, histrionic, narcissistic, avoidant, dependent, and obsessive-compulsive. — اضطرابات الشخصية

personality trait A specific, characteristic way in which an individual thinks, feels, or acts in relation to his or her environment and self. — سمة الشخصية

pharmacokinetics The study of drug metabolism. — دراسة تركيب العقار، اقرابازبينية

phase of life problem Difficulty in adapting to a particular developmental period in an individual's life. — مرحلة مشكلة الحياة

phobia Fear of a particular object or situation. Phobias may be specific, such as fear of animals, insects, storms, water, blood, injury, cars, airplane flights, heights, tunnels, elevators, etc. — خُواف

pica An **eating disorder** characterized by the repeated eating of non-nutritive substances (e.g., paint, dirt, clay); more common in children, and occasionally seen in pregnant women. — التناول المرضي للأشياء الكريهة مثل الأصباغ أو القاذورات

play therapy A technique in the treatment of children in which the child's play is a medium the child's play is a medium for expression and communication between patient and therapist. — العلاج باللعب

polysomnography The all-night recording of brain waves, eye movements, muscle tone, respiration, heart rate, and penile tumescence (swelling) in order to diagnose sleep-related disorders. — تسجيل موجات المخ وحركات العينين والشد العضلي ومعدل ضربات القلب وسواها أثناء النوم

positive symptoms In the acute or active phase of **schizophrenia**, signs that reflect abnormal mental activity and cause grossly abnormal behavior, including **delusion, hallucinations**, disorders in thought proccesses disorganized speaking, and disorganized behavior. (See also **negative symptoms**.) — أعراض إيجابية

postconcussional disorder Physical symptoms and **cognitive** changes following head trauma and loss of consciousness. — اضطرابات رجيّة دماغية بعدية

postpartum depression A depressive episode in women who have recently borne a child; disinguishable by its symptoms, duration, and intensity from the normal downswing in mood that oftern follows childbirth. — إكتئاب نفاسي، اكتئاب يصيب النساء بعد الولادة

posttraumatic stress disorder (PTSD) An **anxiety disorder** occuring after exposure to an extreme mental or physical stress-usually involving actual or threatened death or serious injury to self or others-and characterized by symptoms that persist for one month or more and include reexperiencing of the event, avoidance of stimuli associated with it, numbing of general responsiveness, and signs of increased arousal (e.g., sleeplesness, irritability, hypervigilance). — اضطراب الضغوط الرضيّة البعدية

potentiating Making more effective or powerful. — مؤثر

preconscious thoughts Thoughts that are not in immediate awareness but that can be called up by conscious effort. — أفكار قبشعورية، أفكار قبل الشعور

premature ejaculation Undesired ejaculation occurring immediately before or very early during sexual intercourse. — قذف سريع

premenstrual dysphoric disorder An uncommon **depressive disorder** - more severe than **premenstrual syndrome (PMS)** - that occurs prior to the onset of menstruation and abates soon thereafter; symptoms are both psychological (e.g., emotional volatility, anxiety, depressed — اضطراب سابق للطمث

mood) and physical (e.g., sleep problems, breast tenderness or swelling, headaches, overeating or food cravings).

premenstrual syndrome (PMS) A common condition characterized by physical discomfort and psychological distress that occurs prior to the onset of a woman's menstrual period and abates soon thereafter. — زملة قبطمثية

prognosis The prediction of the outcome of an illness. — تشخيص

progressive relaxation A method of reducing muscle tension by contracting and then relaxing muscles in specific areas of the body in systematic order. — استرخاء متواصل، مستمر

projection A **defense mechanism** by which unacceptable feelings or **impulses** are attributed to someone else. — إسقاط

proof A measure of the strength of an alcoholic beverage, expressed as twice the percentage by volume of alcohol present; thus a 70-proof beverage contains 35 percent alcohol. — دليل، برهان

psyche The mind; the sum of mental activity, including conscious and unconscious functions. — نفس

psychedelic A term applied to any of several drugs capable of inducing **hallucinations** and altered mental states. — عقاقير مهيجة

psychiatric illness See **mental disorder**. — مرض نفسي

psychiatric nurse Any nurse with training and experience in psychiatric treatments; sometimes used to designate only those nurses who have a master's degree in psychiatric nursing and have passed a state examination. — ممرضة نفسانية

psychiatric social worker A person trained in the specialty of social work that in concerned with prevention and treatment of **mental disorders**. (Also **called certified social worker [C.S.W.] or licensed clinical social worker ([L.C.S.W.].)** Most states certify or license social workers as and independent profession and require two years of postgraduate clinical work and a qualifying examination. — باحث نفسي - إجتماعي

psychiatrist A licensed medical doctor (M.D.) who has had specialized postgraduate training in the diagnosis, treatment, and prevention of mental and emotional disorders; the only mental health professional licensed to prescribe medication. Board-certified psychiatrists have passed national oral and written examinations («boards») after completing a residency program in psychiatry. — طبيب نفساني

psychiatry The medical science that deals with the **etiology** (origin), diagnosis, prevention, and treatment of mental disorders. — طب نفسي

psychoactive Mood-altering; often used to describe both medications and illicit drugs that act on the brain to change feelings or emotions. — منشّط نفسي

psychoanalysis A form of **psychotherapy**, originally developed by Sigmund Freud, that is intended to help patients become aware of long-repressed feelings and issues by using such techniques as **free association** and the interpretation of dreams. The process usually involves frequent sessions over a long period of time. — تحليل نفسي

psychoanalyst A person, usually a **psychiatrist** or **psychologist**, who has had specialized training in **psychoanalysis** and who employs the techniques of psychoanalytic theory in the treatment of patients. — محلل نفسي

psychoanalytically oriented psychotherapy A form of **psychotherapy** that employs a variety of techniques, some of which are close to the practice of **psychoanalysis** (e.g., the use of **interpretation**), and others of which are quite different (e.g., the use of suggestion, reassurance, and advice-giving). — علاج خاص بالتحليل النفسي

psychodynamic psychotherapy Treatments based on an understanding of an individual that takes into account the role of early experiences and unconscious influences in actively shaping his or her behavior. — علاج نفسي دينامي

psychodynamics The knowledge and theory of human behavior and its motivations. — ديناميات نفسية

psychologist A licensed professional who has completed a graduate program in **psychology** that includes clinical training and internships, and who provides care for individuals with mental and emotional problems. An increasing number of psychologists have a doctorate and have undergone postdoctoral training; however they are not physicians and cannot prescribe medication. — مختص بعلم النفس

psychology The study of mental processes and behaviors. — علم النفس

psychomotor A term referring to combined physical and mental activity. — نشاط نفسي، حركة نفسية

psychomotor agitation Excessive motor activity associated with a feeling of inner tension.	فيض الحركة النفسية، هيجان الحركة النفسية
psychomotor retardation Slowing of physical and emotional reactions.	ضعف النشاط النفسي
psychopathology The study of the development and nature of **mental disorders**.	علم الأمراض النفسية
psychopharmacology The study of the actions and effects of **psychoactive** drugs on behavior in both animals and people.	علم العقاقير النفسية
psychosis A major **mental disorder** characterized by gross impairment of a person's perception of reality and ability to communicate and relate to others. A psychosis can be biological or emotional in origin.	الذهان
psychosomatic A term describing an inseparable interaction of the mind (psyche) and the body (soma); often used to designate physical symptoms or conditions that have a mental or emotional component.	نفسي - جسمي
psychotherapist A person trained to practice **psychotherapy**.	معالج نفساني
psychotherapy An type of counseling based on the exchange of words in the context of the special relationship that develops between a mental health professional and a person seeking help.	علاج نفسي
psychotic See **psychosis**.	ذهاني
psychotropic A term used to describe drugs that act in a particular way on the brain and affect the mind.	عقاقير مؤثرة على المخ
pyromania An **impulse control disorder** consisting of deliberate and purposeful firesetting.	مرض الإحراق، الحرق عمداً
rape Sexual assault; forced sexual relations without the other person's consent.	إغتصاب، اعتداء جنسي قسري
rapid cycling In **bipolar disorder**, the occurrence of four or more episodes of mood disturbance (**mania, depression**, or both) within one year.	دورة نوبة نفسية سريعة
rapid eye movement (REM) sleep A regularly occurring phase of the sleep cycle, during which the most active dreaming takes place; comprises about 25 percent of a night's sleep. (See also **non-REM sleep**.)	حركة سريعة للعين، الحركة السريعة في العين

rationalization A **defense mechanism** in which «good», **acceptable reasons** for a behavior replace a person's real motivations. — تبرير

reaction formation A **defense mechanism** in which an individual adopts attitudes and behaviors that are the opposite of what he or she really feels. — ارتكاس، رد الفعل

recall The process of bringing a memory into consciousness. — استرجاع، استذكار

receptors Specialized molecules on the surface of **neurons** to which particular **neurotransmitters** bind after their release from another neuron; receptors receive the chemical «message» to activate or inhibit a nerve, blood vessel, or muscle. — متسلمات

rehabilitation In **psychiatry**, the methods and techniques used to achieve maximal functioning and adjustment. — إعادة تأهيل

reinforcement A **behavioral therapy** technique that involves the encouragement of a desired response through a system of rewards and/or punishments. — تعزيز

REM latency The time lag between sleep onset and the first **rapid eye movement (REM) sleep**. — كمون حركة العين السريعة

REM sleep See **rapid eye movement sleep**. — النوم في حالة حركة العين السريعة

repression A **defense mechanism** by which impulses, fantasies, memories, feelings, or wishes that the individual perceives as painful or threatening are kept from conscious awareness. — كبت

residual A term describing the phase of an illness that occurs after remission of active disease. — الباقي، المتبقي

resistance A person's conscious or unconscious psychological defense against bringing repressed (unconscious) thoughts to light. — مقاومة

response A behavior or an action compelled by a stimulus. — استجابة

retardation, mental Intellectual functioning and capacity that is significantly below average; may occur as a result of a genetic defect, a prenatal developmental impairment, or a mental or physical disorder. — تخلف عقلي

ritual A repetitive activity, usually a distorted routine of daily life, that is employed to relieve anxiety. — طقوسي، تكرار اعتيادي

sadism, sexual A **paraphilia** characterized by the urge to **inflict physical** or psychological suffering (including **humiliation**) on another person for the purpose of sexual **gratification**. سادية

sadomasochistic relationship An interactive relationship between two people, characterized sexual enjoyment of suffering in one person and a complementary sexual enjoyment, derived from inflicting pain, in the other person. علاقة سادية ـ ماسوشية

satiety A feeling of fullness after eating. إشباع، تخمة

schizoaffective disorder A psychotic disorder in which either a major depressive or a manic episode develops concurrently with the symptoms of **schizophrenia**. اضطراب تحلل وتفكك وجداني، اضطراب فصام وجداني

schizophrenia A major **mental disorder** with caracteristic psychotic or **positive symptoms** (such as **delusions**, **hallucinations**, and disordered thought patterns) during the active phase of the illness, and **negative symptoms** (such as lack of logic or will) evident following psychotic episodes. The onset is generally between late adolescence and the mid-thirties. The prognosis varies, although complete remission is uncommon. شيزوفرينيا، فصام

seasonal affective disorder (SAD) A recurrent **mood disorder** characterized by depressive episodes and related symptoms that develop at particular times of the year, most often in fall or winter, and remit when the season ends. اضطراب وجداني دوري

secondary gain The external benefit derived from any illness, such as additional attention of special nurturing. كسب ثانوي، اكتساب ثانوي

sedative A general term applied to any quieting or sleep-producing agent. مهدّىء

self-actualization A state of wellness and fulfillment that can be achieved once certain human needs are satisfied; living to one's full potential. تحقيق الذات

self-esteem A sense of self-worth; the valuing of oneself as a person. تقدير الذات

self-help group An assemblage of individuals with a common problem who collectively aid one another through personal and group support. جماعة تعاون ذاتي مشترك

separation anxiety The fear and apprehension that occurs as قلق الإنفصال، قلق العزل

a normal developmental phase in babies when removed from the mother (or surrogate mother) or when approached by strangers.

separation anxiety disorder A condition developing before the age of eighteen that is marked by inappropriate anxiety concerning separation from home or from persons to whom the child or young person is emotionally attached. — اضطراب قلق العزل

sex Maleness or femaleness, resulting from genetic, structural, and functional factors. — جنس

sexual addiction A preoccupation with sex so intense and chronic that an individual cannot have a normal sexual relationship with a spouse of lover. — إدمان جنسي، إفراط جنسي

sexual arousal disorders A category of **sexual dysfunctions** that include female sexual arousal disorder and male erectile disorder. — اضطرابات التهيج الجنسي

sexual desire disorder A category of **sexual dysfunctions** that include hypoactive sexual desire disorder and sexual aversion disorder. — اضطرابات الرغبة الجنسية

sexual dysfunctions A group of disorder characterized by disturbances in sexual desire and by psychophysiological changes in the sexual response cycle, which cause marked distress and interpersonal difficulty. — اختلال الوظائف الجنسية

sexual orientation The focus of a person's sexual attractions, wheter to individuals of the opposite sex, the same sex, or both. — التوجه الجنسي

sexuality The instincts, feelings, attitudes, and behaviors associated with being sexual. — الجنسية

shock treatment An obsolete and inaccurate term that was often used to refer to older, crude forms of electroconvulsive treatment; a more refined treatment, known as **electroconvulsive therapy (ECT),** is used today in treating certain mental disorders. — العلاج بالصدمة

short-term memory Technically, the recognition, recall, and reproduction of perceived material ten seconds or longer after initial presentation. The term is popularly used to refer to memory for recent events, as contrasted with events in the past. — ذاكرة قصيرة المدى

side effect A drug response that accompanies the principal therapeutic response that is the purpose of a medication. — تأثير جانبي

sleep apnea A **breathing-related sleep disorder** marked by **repeated** episodes in which a sleeping individual stops **breathing** for a short period of time. احتباس التنفس عند النوم، البهر

sleep disorders A group of conditions involving sleep that include: primary sleep disorders (**dyssomnias** and **parasomnias**); sleep disorders related to another mental disorder (including **insomnia**); secondary sleep disorder due to a general medical condition; and substance induced sleep disorder resulting from **intoxication** or **withdrawal**. اضطرابات النوم

sleep terror disorder A **parasomnia** characterized by a pattern of abrupt awakening from sleep that is accompanied by a sense of panic and confusion. اضطرابات فزع النوم

sleepwalking disorder A **parasomnia** characterized by recurrent episodes of arising from the bed during sleep and walking about. اضطرابات جدال النوم

social phobia A persistent fear of finding oneself in situations that might lead to scrutiny by others and humiliation or embarrassment. رهاب إجتماعي

social work A profession whose primary concern is how human needs, both of individuals and of groups, can be met within society. (See also **psychiatric social worker**). عمل إجتماعي، واجب إجتماعي

somatic therapy In **psychiatry**, the biological treatment of mental disorders; examples are **electroconvulsive therapy** and psychopharmacological treatment. علاج جسمي

somatization disorder A **somatoform disorder** characterized by multiple physical complaints occuring over several years that cannot be not fully explained by any known medical condition, yet are severe enough to require medical treatment or to cause alterations in lifestyle. اضطرابات جسمية

splitting A **defense mechanism** by which an individual who cannaot cope with ambivalent feelings about other people deals with these conflicting emotions by compartmentalizing such people as all good or all bad. انقسام، إنشطار

stimulus An environmental factor that evokes a response in an organism. منبه

stress The nonspecific response of the body to any demands made upon it.

stress disorder, acute An **anxiety disorder** that develops when or immediately after a person experiences a highly traumatic stressor that induces feelings of intense fear, helplessness, or horror.	اضطراب الضغوط النفسية
stressor A specific or nonspecific agent, event, or situation that causes the body to experience a **stress** response.	ضاغط، عامل ضاغط
stupor A marked decrease in response to and awareness of the environment, with reduced spontaneous movements and activity; semiconsciousness.	ذهول
sublimation A **defense mechanism** by which the energy originating from a sexual urge or other urge that a person perceives as unacceptable is redirected into socially acceptable channels.	التسامي
substance abuse The compulsive use of a substance, such as alcohol or a drug, despite evidence that it is impairing and individual's social and occupational functioning.	إدمان العقاقير، تعاطي العقاقير
substance dependence Chemical dependence, usually defined in terms of **tolerance** or **with-drawal**.	الاعتماد على العقاقير، إدمان العقاقير
substance use disorders.	اضطرابات استخدام العقاقير
suicide Taking of one's own life.	الانتحار
superego In Freudian theory, one of the three divisions of the **psyche**; the internal voice bearing messages from parents and society regarding morals, behavior, and goals.	الذات العليا
supportive psychotherapy A type of therapy, which may be brief or long-term, that uses the therapist-patient relationship to help a person cope with specific crises or difficulties that he or she is currently facing. Its goal is to help individuals adapt and attain the best possible level of functioning given **personality**, life circumstances, ability, or illness.	علاج نفسي إسنادي
suppression The conscious inhibition of certain thoughts of impulses.	كبح، كبت
synapse The gap or space between the surface of one nerve cell (**neuron**) and another.	وصلة
syndrome A group of signs and symptoms that appear together, suggesting a particular cause.	زملة عرض

systematic desesitization A **behavioral therapy** technique that teaches individuals how to reduce or control fears triggered by specific **stimuli**. (Also called desensitization.) **chotic** (neuroleptic) medication; sometimes irreversible. — عملية تنفير منتظمة

therapeutic alliance The relationship between and individual and a therapist that allows them to work together cooperatively and productively; based on trust on the individual's part, and on care and respect on the therapist's part. — توافق علاجي

tic An involuntary, abrupt, rapid, and recurrent motor movement or vocalization. — لزمة، اختلاج

tolerance A characteristic of **substance dependence** marked by the need for increasing amounts of the substance to achieve the desired effect. — تحمل، صبر، قوة تحمل

trance A state of intensely focused attention in which an individual becomes detached from the physical environment. (See also **hypnosis**.) — غيبوبة

tranquilizer A drug that decreases anxiety and agitation. — مهدّىء

transference The unconscious assignment to others of feelings and attitudes originally associated with important figures in one's early life, such as parents or siblings; seen in the patientanalyst relationship in **psychoanalysis**. (See also **countertransference**.) — طرح، إطّراح

transsexual A person whose psychological gender identity is the opposite of his or her biological sex.

tremor A trembling of shaking of the body or any of its parts. — ارتعاش

trichotillomania An **impulse-control disorder** characterized by pathological hair pulling that results in noticeable hair loss. — اضطرابات نتف الشعر

twelve-step programs Self-help group programs based on the principles of **Alcoholics Anonymous**. — برامج الخطوات المتتابعة

tyramine A chemical found in many foods and beverages that ordinarily has no effect on normal body functioning. — عقار تيرامين

unconscious In Freudian theory, that part of the mind or mental functioning of which a person is only rarely aware. — اللاشعور

values The criteria by which individuals assess themselves, others, and the events in their life, and on which they base their choices and actions. — قيم

visualization An approach to stress management, self-healing, or motivating life changes that uses a technique of guided or directed imagery. — التبصر، الاستبصار، الاستعماق

voyeurism A **paraphilia** characterized by the urge to observe unsuspecting people, usually strangers, who are naked, disrobing, or engaging in sexual activity. (Also called peeping.) — تلصصية، شذوذ جنسي يتصف بالتلصص على الناس العراة

withdrawal — إنسحاب

مصادر الكتاب

CONSUMER BOOKS

Andreasen, Nancy. *The Broken Brain: The Biologic Revolution in Psychiatry.* New York: Harper & Row, 1984.

Beck, Aaron. *Love Is Never Enough.* New York: Harper & Row, 1988.

Bruckner-Gordon, Fredda, Barbara Gangi and Geraldine Wallman. *Making Therapy Work.* New York: Harper & Row, 1988.

Burns, David. *Feeling Good.* New York: William Morrow & Company, 1980.

Copeland, Mary Ellen. *The Depression Workbook.* Oakland, Ca.: New Harbinger Publications, 1992.

Cronkite, Kathy. *On the Edge of Darkness.* New York: Doubleday, 1994.

Duke, Patty, and Gloria Hochman. *A Brilliant Madness.* New York: Bantam Books, 1992.

Engler, Jack, and Daniel Goleman. *The Consumer's Guide to Psychotherapy.* New York: Fireside, 1992.

Fishman, Katharine Davis. *Behind the One-Way Mirror: Psychotherapy and Children.* New York: Bantam Books, 1995.

Garber, Steven, Marianne Garber and Robyn Spizman. *If Your Child Is Hyperactive, Inattentive, Impulsive, Distractible: A Practical Program for Changing Your Child's Behavior with and without Medication.* New York: Villard Books, 1990.

Gorman, Jack. *The Essential Guide to Psychiatric Drugs.* New York: St. Martin's Press, 1990.

Griest, John, and James Jefferson. *Depression and Its Treatment.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Griest, John, and James Jefferson. *Panic Disorder and Agoraphobia: A Guide.* Madison, Wis.: Anxiety Disorders Center and Information Centers, University of Wisconsin, 1992.

Hales, Dianne. *Depression.* New York: Chelsea House, 1989.

———. *How to Sleep like a Baby.* New York: Ballantine, 1987.

———. *Invitation to Health,* 6th ed. Redwood City: Benjamin-Cummings, 1994.

Hallowell, Edward, and John Ratey. *Driven to Distraction.* New York: Pantheon Books, 1994.

Jamison, Kay Redfield. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness.* New York: Alfred A. Knopf, 1995.

Kaysen, Susanna. *Girl, Interrupted.* New York: Random House, 1993.

Kernodle, William. *Panic Disorder*, 2nd ed. Richmond, Va.: William Byrd Press, 1993.

Klein, Donald, and Paul Wender. *Understanding Depression.* London: Oxford University Press, 1993.

Kramer, Peter. *Listening to Prozac.* New York: Viking, 1993.

Kutner, Lawrence. *Parent and Child.* New York: William Morrow & Company, 1991.

Marks, Jane. *We Have a Problem: A Parent's Sourcebook.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Oldham, John, and Lois Morris. *The Personality Self-Portrait.* New York: Bantam Books, 1990.

Quinnett, Paul. *Suicide: The Forever Decision.* New York: Continuum Books, 1987.

Rapoport, Judith. *The Boy Who Couldn't Stop Washing: The Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder.* New York: Penguin, 1990.

Reinisch, June, and Ruth Beasley. *The Kinsey Institute New Report on Sex.* New York: St. Martin's Press, 1990.

Restak, Richard. *The Mind.* New York: Bantam Books, 1988.

———. *Receptors.* New York: Bantam Books, 1994.

Ross, Jerilyn. *Triumph over Fear.* New York: Bantam Books, 1994.

Seligman, Martin. *Learned Optimism: The Skill to Conquer Life's Obstacles, Large and Small.* New York: Alfred A. Knopf, 1991.

Selye, Hans. *Stress Without Distress.* Philadelphia: J.B. Lippincott, 1974.

Silver, Larry. *Dr. Larry Silver's Advice to Parents on Attention Deficit Hyperactivity Disorder.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993.

Turecki, Stanley. *The Emotional Problems of Normal Children.* New York: Bantam Books, 1994.

Yudofsky, Stuart, Robert E. Hales and Tom Ferguson. *What You Need to Know about Psychiatric Drugs.* New York: Grove, 1991.

PROFESSIONAL BOOKS

Alonso, A., and H.I. Swiller, eds. *Group Therapy in Clinical Practice.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

Andreasen, Nancy, ed. *Schizophrenia: From Mind to Molecule.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994.

Andreasen, Nancy, and Donald Black. *Introductory Textbook of Psychiatry.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990.

Austin, Linda. *Responding to Disaster.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Beck, Aaron, et al. *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford Press, 1979.

Ciraulo, Domenic, and Richard Shader. *Clinical Manual of Chemical Dependence.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

Dubovsky, Steven. *Concise Guide to Clinical Psychiatry.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1988.

Dulcan, Mina, and Charles Popper. *Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

Favazza, Armando. *Bodies Under Siege.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.

Frances, Richard, and John Franklin. *Concise Guide to Treatment of Alcoholism and Addictions.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1989.

Glick, Ira, et al. *Marital and Family Therapy*, 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1987.

Goodwin, Frederick, and Kay Jamison. *Manic-Depressive Illness.* New York: Oxford University Press, 1990.

Hales, Robert E., and Allen Frances, eds. *Psychiatric Update: American Psychiatric Association Annual Review*, Vols. 4-8. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1985-1989.

Hales, Robert E., Stuart Yudofsky and John Talbott, eds. *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994.

Harper-Guiffre, Heather, and K. Roy MacKenzie, eds. *Group Therapy for Eating Disorders.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Hollander, Eric. *Obsessive-Compulsive Related Disorders.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993.

Husain, Syed, and Dennis Cantwell. *Fundamentals of Child and Adolescent Psychopathology.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

Institute of Medicine. *Sleeping Pills, Insomnia and Medical Practice.* Washington, D.C.: U.S. National Academy of Medical Sciences, 1979.

Jamison, Kay Redfield. *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament.* New York: The Free Press/Macmillan, 1992.

Kane, John (Task Force Chair). *Tardive Dyskinesia.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Karasu, T. Byram (Task Force Chair). *Treatments of Psychiatric Disorders.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1989.

Kellner, Robert. *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

Oldham, John, et al., eds. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* Vols. 12, 13. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993, 1994.

Pato, Michele, and Joseph Zohar. *Current Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

Reite, Martin, et al. *Concise Guide to the Evaluation and Management of Sleep Disorders.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990.

Ross, Colin. *Multiple Personality Disorder.* New York: John Wiley & Sons, 1989.

Silver, Larry. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Stoudemire, Alan, ed. *Clinical Psychiatry for Medical Students.* Philadelphia: J.B. Lippincott, 1990.

Tardiff, Kenneth. *Concise Guide to Assessment and Management of Violent Patients.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1989.

Ursano, Robert. *Concise Guide to Psychodynamic Psychotherapy.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

Waldinger, Robert. *Psychiatry for Medical Students,* 2nd ed. Washington. D.C.: American Psychiatric Press. 1990.

Wiener, Jerry, ed. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994.

Wise, Michael, and J.R. Rundell. *The Concise Guide to Consultation Psychiatry,* 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994.

Yager, Joel, et al. *Special Problems in Managing Eating Disorders.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press. 1992.

Yudofsky, Stuart, and Robert E. Hales. *American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry*, 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Zerbe, Kathryn. *The Body Betrayed: Women, Eating Disorders, and Treatment.* Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1993.

ARTICLES, CHAPTERS, AND REPORTS

AACAP Work Group on Quality Issues. "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 30, i-iii (1991).

AACAP Work Group on Quality Issues. "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Conduct Disorders." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 31, iv-vii (1992).

American Psychiatric Association. *Legal Sanctions for Mental Health Professional-Patient Sex.* June 1993.

Blazer, Dan. "Depression in the Elderly." *New England Journal of Medicine*, 320 (1989).

Cross-National Collaborative Group. "The Changing Rate of Major Depression." *Journal of the American Medical Association*, Vol. 268, No. 21 (December 2, 1992).

Depression Guideline Panel. *Depression in Primary Care.* Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, 1993.

"Drugs That Cause Psychiatric Symptoms." *The Medical Letter*, Vol. 35 (July 23, 1993).

Dulcan, Mina. "Brief Psychotherapy with Children and Their Families: The State of the Art." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23 (1984).

Elkin, E., et al. "National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatment." *Archives of General Psychiatry*, 46 (1989).

Frank, Ellen, et al. "Three-Year Outcomes for Maintenance Therapies in Recurrent Depression." *Archives of General Psychiatry*. Vol. 47 (December 1990).

Gelenberg, Alan, ed.-in-chief. "Anxiety: Special Problems and New Approaches." *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 54 (supplement: May 1993).

———. "Recent Advances in Bulimia Nervosa." *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 52 (supplement: October 1992).

———. "Treatment Strategies for Complicated Anxiety." *The Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 54 (supplement; May 1993).

Jensen, M.P., et al. "Coping with Chronic Pain: A Critical Review." *Pain*, Vol. 47 (1991).

Kandel, Eric. "Psychotherapy and the Single Synapse: The Impact of Psychiatric Thought on Neurobiologic Research." *New England Journal of Medicine*, 301 (1979).

Katon, Wayne. "Somatization Disorder, Hypochondriasis, and Conversion Disorder." In: *Current Psychotherapy*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.

Katzman, R., and J.E. Jackson. "Alzheimer's Disease: Basic and Clinical Advances." *Journal of Geriatric Psychiatry*, 39 (1991).

Kessler, Ronald, et al. "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-IIIR Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study." *Archives of General Psychiatry*, Vol. 51, No. 1 (January 1994).

Kiecolt-Glaser, Janice, and Ronald Glaser. "Stress and the Immune System: Human Studies." In: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 11. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1992.

Kluft, Richard. "Multiple Personality Disorder." In: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 10. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

Kupfer, David, et al. "Five-Year Outcome for Maintenance Therapies in Recurrent Depression." *Archives of General Psychiatry*, 49 (October 1992).

Levenson, Hanna, and Robert E. Hales. "Brief Psychodynamically Informed Therapy: Relevance for the Medically Ill." In: *Medical Psychiatric Practice*. Vol. 2. Washington, D.C.: American Psychiatric Press (in press).

MacKenzie, K.R. "Principles of Brief Intensive Psychotherapy." *Psychiatric Annals*, 21 (1991).

McGrath, Ellen, et al. *Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1990.

National Commission on Sleep Disorders Research. *Wake Up, America: A National Sleep Alert*. 1993.

National Institutes of Health. NIH Consensus Development Conference Statement. *The Treatment of Sleep Disorders in Older Persons*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1990.

National Institutes of Health. NIH Consensus Development Conference Statement. *Treatment of Panic Disorder.* Bethesda, Md.: NIH, September 1991.

Nierenberg, Andrew. "A Systematic Approach to Treatment-Resistant Depression." *Journal of Clinical Psychiatry Monograph,* Vol. 10, No. 1 (May 1992).

Nolen-Hoeksma, Susan, et al. "Predictors and Consequences of Childhood Depressive Symptoms: A 5-Year Longitudinal Study." *Journal of Abnormal Psychology,* Vol. 101, No. 3 (1992).

Phillips, Kathleen. "Body Dysmorphic Disorder: The Distress of Imagined Ugliness." *American Journal of Psychiatry,* 148 (1991).

Regier, Darrel, et al. "The De Facto U.S. Mental and Addictive Disorders Service System." *Archives of General Psychiatry,* 50 (1993).

Regier, Darrel, et al. "The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: Structure, Aims and Scientific Basis." *American Journal of Psychiatry,* Vol. 145, No. 11 (November 1988).

Robins, L.N., et al. "Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites." *Archives of General Psychiatry,* 41 (1984).

Ryan, N.D. "The Pharmacologic Treatment of Children and Adolescents." *Psychiatric Clinics of North America,* 15 (1992).

Solomon, Susan, et al. "Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder." *Journal of the American Medical Association* (August 5, 1992).

Spiegel, David. "Dissociative Disorders." In: *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* Vol. 10. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991.

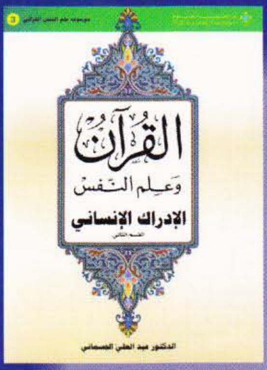
———. "Hypnosis in the Treatment of Victims of Sexual Abuse." *Psychiatric Clinics of North America,* Vol. 12, No. 2 (June 1989).

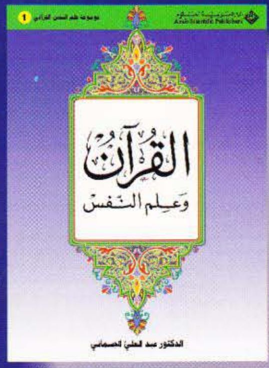
Terr, Lenore. "Childhood Traumas: An Outline and Overview." *American Journal of Psychiatry,* Vol. 148 (1991).

Weiss, Kenneth, et al. "The Functioning and Well-being of Depressed Patients." *Journal of American Medical Association,* Vol. 262, No. 7 (August 18, 1989).

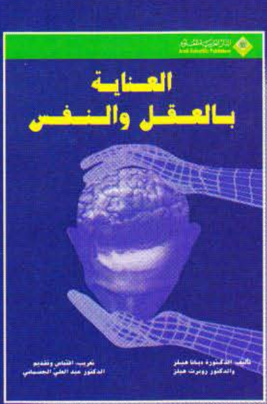
Weissman, Myrna, and John Markowitz. "Interpersonal Psychotherapy: Current Status." *Archives of General Psychiatry,* Vol. 51 (August 1994).

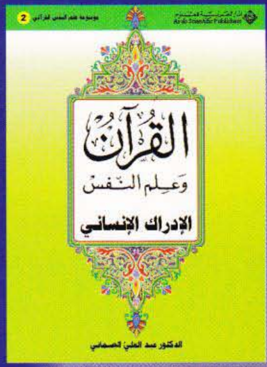
Wise, Michael, and Sally Taylor. "Anxiety and Mood Disorders in Medically Ill Patients." *Journal of Clinical Psychiatry,* Vol. 51, No. 1 (supplement; January 1990).











الدَّارُ العَرَبِيَّة للعُلُوم
Arab Scientific Publishers

علي مولا

ISBN 2-84409-870-3
9792844098701

الدَّارُ العَرَبِيَّة للعُلُوم
Arab Scientific Publishers
عين التينة، شارع ساقية الجنزير - بناية الريم
تلفاكس: ٧٨٦٢٣٣-٨٦٠١٣٨-٧٨٥١٠٧(١-٩٦١)
فاكس: ٧٨٦٢٣٠(١-٩٦١) ص.ب: 13-5574 بيروت- لبنان
بريد الكتروني: E-mail: asp@asp.com.lb
العنوان على الوب: http://www.asp.com.lb